

FELIX SCHLAGINTWEIT

(1868–1950)

**Eine Bibliobiographie
eines Münchener Urologen und Schriftstellers**

Klaus Voß

—

1978



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Dr. h.c. Heinz Goerke

F E L I X S C H L A G I N T W E I T
(1868 - 1950)
Eine Bibliobiographie
eines Münchener Urologen und Schriftstellers

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Klaus Voß
aus
Bad Driburg
1978



Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. h.c. H. Goerke

Mitberichterstatter:

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 31. 7. 1978

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	1
2. LEBEN	3
2.1 Herkunft und Ausbildung	3
2.2 Urologe und Badearzt in Bad Brückenau	8
2.3 Fachweiterbildung in Berlin, Paris und Wien	12
2.4 Medizinische Tätigkeit in München in eigener Klinik als Belegarzt	13
2.5 Münchener Privatleben in Künstlerkreisen	14
2.6 Das Landhaus in Urfahrn am Chiemsee	17
2.7 Zwei Ehen	20
2.8 Reisen	23
2.9 Tod in Urfahrn mit 82 Jahren	25
3. UROLOGISCH WISSENSCHAFTLICHE ARBEITEN	27
3.1 Arbeiten während des Studiums	27
3.1.1 Skelett-Tafeln	27
3.1.2 Dissertation	27
3.2 Urologische Geräte	28
3.2.1 Zystoskope	28
3.2.2 Andere Geräte	33
3.3 Die Steinkrankheit	36
3.3.1 Verbreitung und Entstehung	36
3.3.2 Symptomatik und Diagnose	38
3.3.3 Therapie der Nierensteine	40
3.3.4 Therapie der Blasensteine	45
3.4 Technik der Diagnose und Harnleiterbehand- lung bei Nierentuberkulose	49
3.5 Prostatahypertrophie	54
3.5.1 Behandlung mit Röntgenstrahlen	54
3.5.2 Eigene Statistik	55
3.5.3 Konservative Behandlungsmethodik	55
3.6 Cystitis	59
3.6.1 Systematik	59

3.6.2 Therapie der akuten und chronischen Cystitis	61
3.7 Phosphaturie	62
3.8 Der Blasenkrebs	63
3.8.1 Statistik	63
3.8.2 Behandlungsmethoden	63
3.9 Urologische Röntgentechnik	65
3.10 Anästhesiemethoden in der Urologie	68
3.11 Lehrbuch: Urologie des praktischen Arztes	71
3.12 Verschiedenes	75
3.12.1 Ureterenkatheterismus	75
3.12.2 Traumen der hinteren Harnröhre	75
3.12.3 Urologischer Dilettantismus	76
4. NICHTMEDIZINISCHE VERÖFFENTLICHUNGEN	78
4.1 Über Bad Brückenau	78
4.2 Schöngeistiges	80
4.2.1 Parodie zur Zauberflöte: "Die Zauber- geige".	80
4.2.2 Neubearbeitung Rameaus Comédie- Ballett: "Platea"	81
4.2.3 Komische Oper in 2 Akten: "Die Falle"	81
4.3 Historische Arbeiten	83
4.3.1 Napoleon III., Lulu und Eugenie	83
4.3.2 IV. lateinischer Kreuzzug	86
4.3.3 Biographie der Schriftstellerin Gräfin Franziska zu Reventlow	87
5. AUTOBIOGRAPHISCHE SCHRIFTEN	88
5.1 Ein verliebtes Leben	88
5.2 Don Juans Hochzeitsreise	89
6. ZUSAMMENFASSUNG	91

	Seite
7. ANMERKUNGEN	93
8. PERSONALBIBLIOGRAPHIE	107
9. SONSTIGE LITERATUR	112
10. LEBENSLAUF	115

1. EINLEITUNG

Felix Schlagintweit hat als einer der wenigen Urologen im süddeutschen Raum die ganze Entwicklung der modernen Urologie von Max Nitze ¹⁾ und der Erfindung des Cystoskops ²⁾ bis zur Entdeckung des Penicillins ³⁾ und dem Beginn der Antibiotika-Ära als praktisch tätiger Urologe miterlebt.

In der breiten Öffentlichkeit wurde er durch seine Autobiographie "Ein verliebtes Leben" ⁴⁾ mit der Beschreibung des Münchener Gesellschaftslebens der Jahrhundertwende als Schriftsteller bekannt. Auf Anregung von Prof. Dr. med. Dr. h. c. Heinz Goerke habe ich mir die Aufgabe gestellt, Schlagintweits Leben und Werk darzustellen und ihn als Arzt und Schriftsteller zu würdigen.

Seine Lebensdaten ließen sich hauptsächlich aus der Autobiographie "Ein verliebtes Leben" entnehmen; Daten und Jahreszahlen wurden teilweise indirekt aus gesellschaftlichen, politischen und persönlichen Ereignissen ermittelt.

Von noch lebenden "Zeugen" Schlagintweits hat nur noch Frau Dr. Lützenkirchen ⁵⁾ mündliche Informationen geben können. Schlagintweits Erbin Frau Berta Baumann ⁶⁾, die in Australien lebt, reagierte auf meine Briefe nach einer ersten Antwort leider nicht mehr. Die Ehen Schlagintweits blieben kinderlos, die Verwandtschaft seines einzigen Bruders Oskar konnte nicht ausfindig gemacht werden, Freunde Schlagintweits waren durch sein langes Leben schon vor ihm gestorben, so daß keine weiteren mündlichen Quellen zugänglich waren.

Schlagintweits Praxis wurde im Zweiten Weltkrieg durch Bomben zerstört ⁷⁾, sein Haus nach dem Tod seiner Frau verkauft, der größte Teil des Inventars, samt Bibliothek ging nach Österreich ⁸⁾ und der Rest verblieb bei der Universalerbin Berta ("Mucki") ⁹⁾ Baumann.

So blieben als Quellen nur noch Schlagintweits medizinische und nichtmedizinische Schriften übrig, die in der Medizinischen Bibliothek München, über den Index Medicus ¹⁰⁾ und den Katalog der Bayerischen Staatsbibliothek ermittelt und dann herangezogen wurden .

2. LEBEN

2.1 Herkunft und Ausbildung

Die Familie Schlagintweit ist eine weitverzweigte und verbreitete Sippe ¹¹⁾, deren Vorfahren nach Cham und Regen im Bayer. Böhmerwald aus Österreich die Donau herauf als verfolgte Protestanten in der Reformationszeit geflohen und unter der Gegenreformation nach dem 30-jährigen Krieg wieder katholisch geworden waren ¹²⁾. Alle Schlagintweits in Cham und Regen waren Glaser und Zinngießer. Der Vater von Felix Schlagintweit wurde in Cham geboren und verbrachte dort seine Jugend. ¹³⁾ Nach anderer Quelle ¹⁴⁾ sollen die Schlagintweits aus Österreich stammen; der Konfessionswechsel hätte eine Spaltung bewirkt und der evangelische Teil sei in das Gebiet des Deutschen Ordens, Ballei Franken gezogen. In den Kirchenbüchern des Pfarramtes Weiboldshausen, Amtsgericht Ellingen, erscheint der Name von 1671 bis 1707. Im Quellgebiet des Regenflusses tritt die Familie Mitte des 18. Jahrhunderts auf. Der Name ist die Donau hinunter bis Wien bekannt; während der Türkenlagerung in Wien 1682 tat sich der Maurer Schlagintweit rühmlichst durch Tapferkeit bei der Verteidigung hervor ¹⁵⁾.

Auch die Vorfahren der 3 Himalayaforscher Hermann, Robert und Adolf Schlagintweit stammen aus Regen. Ihr Vater wurde 1791 in Regen als Sohn des Bäckers Josef August Wilhelm Schlagintweit geboren. Er wurde Arzt und seine 1822 gegründete Privat-Heilanstalt für Augenkranke in München wurde nach seinem Tode als ophthalmologische Klinik der königlichen Ludwig-Maximilians-Universität übernommen ¹⁶⁾. Er erzog seine fünf Söhne systematisch zu Wissenschaftlern und Forschern: Hermann (1826 - 1882), Adolf (1829 - 1857) und Robert (1833 - 1885) wurden Physiker und Geologen und durch ihre Himalayaforschungen bekannt. ¹⁸⁾

Eduard (1831 - 1866) war Bayer. Oberleutnant und veröffentlichte Arbeiten über den spanisch-marokkanischen Krieg 1859/60 und militärische Skizzen über England und Frankreich. Emil (1835 - 1904) wurde Tibetforscher und machte die Himalayasammlung seiner 3 Brüder nach deren Tode zugänglich. Felix Schlagintweit hat selbst erwähnt ¹⁹⁾ daß diese Himalayaforscher seine Vettern gewesen seien.

Johann Felix Schlagintweit wurde am 21. September 1868 in Bamberg als Sohn des Eisenbahningenieurs Anton Schlagintweit und seiner Frau Rosina, geb. Zimmermann, geboren. Sein Vater wurde in Cham im Böhmerwald geboren. Seine Mutter war eine Rentamtmannstochter aus Haßfurt am Main ²⁰⁾.

Sein Elternhaus bezeichnet Schlagintweit selbst als finanziell mittelständig, aber geistig intellektuell akademisch ²¹⁾.

Die Vorschulzeit bis zum 6. Lebensjahr verbrachte er in Geiselhöring, Niederbayern, auf einer kleinen Bahnstation zwischen Landshut und Straubing ²²⁾, wohin sein Vater anscheinend von Bamberg versetzt worden war ²³⁾.

Etwa 1874/75, zum Zeitpunkt des Einschulungsalters wurde der Vater dann aus der "niederbayerischen Kornkammereinsamkeit" ²⁴⁾ nach Regensburg versetzt.

Dort wurde Felix Schlagintweit eingeschult. Anscheinend dauerte der Aufenthalt in Regensburg nicht lange, und die Familie kehrte bald wieder nach Bamberg zurück, wo sie am Rande der Stadt im Gärtnergebiet im Hause des Samenhändlers Deuber ²⁵⁾ nur für einige Jahre wohnte. Dann zog sie in das berühmte Schönleinhaus am St. Gangolfsplatz ²⁶⁾.

Schlagintweit wurde besonders in seinem Kunstempfinden und seiner späteren Reiselust durch das über zehnjährige Wohnen in diesem Haus schon in frühen Jahren beeinflußt. Die Familie bewohnte nur das Erdgeschoß, die Herrschaftsräume im 1. Stock wurden

mit der kostbaren Einrichtung und mit Kunstgegenständen aus vielen Ländern pietätvoll instandgehalten ²⁷⁾ und von niemandem bewohnt.

Im Jahre 1883, als Schlagintweit 15 Jahre alt war, starb seine Mutter durch deren frühen Tod ihm später noch eine, wie er selbst gesagt hat, "gewisse Formlosigkeit" anhing. ²⁸⁾

Felix Schlagintweit lebte im Schönleinhaus mit seinem etwas jüngeren Bruder Oskar zusammen, der in der Autobiographie "Ein verliebtes Leben" fast nie erwähnt wird, obwohl später beide eine gemeinsame urologische Privatklinik in München betrieben. ²⁹⁾

Nach der Volksschule besuchte Schlagintweit das "Alte Bamberger humanistische Gymnasium" ³⁰⁾. Er war ein mittelmäßiger Durchschnittsschüler, schlecht besonders in Mathematik und abstrakter Philosophie.

Viele Dummheiten brachten ihm Verweise ein und schlechte Noten. Die Leidenschaft für die Musik entdeckte er als Cellospieler im Schulorchester ³¹⁾.

Die Novellen von Paul Heyse, speziell "Das Paradies" ³²⁾ weckten in ihm Reiselust, Liebe zu Italien und zur Kunst. Durch die wissenschaftliche Bibliothek eines Bamberger Blumenhändlers lernte er Werke von Haeckel, Darwin, Lamarck und Büchner kennen und begann "Philister, die Geistlichen, die Militärs und Korpsstudenten zu verachten" ³³⁾.

1886 steckte sein Vater ihn wegen schlechter Schulleistungen besonders in Mathematik, in ein Schulinternat nach Burghausen, das auch Ludwig Thoma 1 Jahr vorher als Schüler besucht hatte. Es trat allerdings keine Leistungsverbesserung ein und nach einem verlorenen Jahr dort kehrte er ans Bamberger Gymnasium zurück ³⁴⁾.

1889 lernte er die damals 17-jährige Emmy Nathan, die Tochter der reichen Bierbrauer im "Blauen Löwen" am Stephansberg in Bamberg kennen und ver-

liebte sich in sie ³⁵⁾. Zur gleichen Zeit heiratete sein Vater zum zweiten Mal und wurde an den Bahnhof in Lichtenfels, 40 km nördlich von Bamberg, versetzt.

Felix Schlagintweit kaufte sich für 35,-- DM ein Hochrad, Marke Adler, mit dem er oft in den Ferien von Lichtenfels nach Bamberg zur Freundin fuhr ³⁶⁾. Am 9. August 1889 bestand er sein Absolutorium und nahm zum Wintersemester 1889 das Medizinstudium gemeinsam mit zwei alten Schulfreunden in München auf ³⁷⁾. Ewiger Geldmangel mit anfangs 120,-- DM pro Monat bestimmte sein Studentendasein, dennoch besuchte er nebenher fleißig Theater und Bälle und pflegte die Literatur ³⁸⁾. Die Bindung zu Emmy Nathan wurde immer fester trotz der großen Entfernung. Während der Semesterferien fuhr Schlagintweit nach Lichtenfels zu seinem Vater und nach Bamberg zu seiner Braut. In Lichtenfels begleitete er den alten Dr. Roßbach auf seinen Hausbesuchen und half in seiner Praxis. Dessen Liebe zu Hünengräbern und Ausgrabungen auf dem Staffelberg bei Lichtenfels teilte er bald und begeisterte sich für die Archäologie ³⁹⁾.

Nach etwa 2 Semestern wechselte er mit seinen zwei alten Schulfreunden an die Universität nach Erlangen, weil sie dadurch näher an Bamberg bei ihren Bräuten und in einer lernintensiveren Universität mit weniger Ablenkung waren. Damals schon formte sich der Entschluß, eine aktive Praxis zu führen als Chirurg und Techniker und vielleicht noch Lehr-tätigkeit auszuüben, aber keine Forschung ⁴⁰⁾. Deswegen wurden auch Vorlesungen geschwänzt, in denen keine Patienten vorgestellt wurden. Nach dem Physikum mit "sehr gut" ging das Trio wieder zurück nach München. Schlagintweits Lehrer waren dort Ziemssen (Innere Medizin), Angerer

(Chirurgie), Winkel (Gynäkologie), Rothmund (Augen), von Bayer (Chemie), von Zumbusch (Dermatologie) und Röntgen ⁴¹⁾.

1893 ging er erneut für ein Semester nach Erlangen, um seine Dissertation über Wirbelsäulenfrakturen fertigzustellen. Am 7. Juli 1893 erhielt er dort die Doktorwürde ⁴²⁾ und verlobte sich gleich darauf am 12. August 1893 öffentlich ⁴³⁾. Nach München zurückgekehrt studierte er dort noch 1 1/2 Jahre ⁴⁴⁾ und machte mit der Note "gut" im Juni 1894 sein Examen ⁴⁵⁾.

Danach wurde er, "weil er nichts Besseres fand" ⁴⁶⁾, für etwa 2 Jahre Volontärassistent bei Ziemssen im medizinisch-klinischen Institut in München. Ziemssen arbeitete damals an psychiatrisch-neurologischen Therapieversuchen mit Elektrotherapie bei Nervenkranken. Schlagintweit lag zwar die Beschäftigung mit unheilbaren Leiden nicht, und er wollte sich an die Chirurgische Klinik zu Prof. Angerer versetzen lassen, blieb aber wegen des guten Arbeitsklimas unter den Assistenten und Dozenten ⁴⁷⁾.

Nachdem 1895 von Röntgen die nach ihm benannten Strahlen entdeckt hatte, machte er schon als Student an der Fotografie interessierte Schlagintweit bei Ziemssen die ersten Röntgenaufnahmen. Seine ersten wissenschaftlichen Untersuchungen waren mikroskopische Studien an Gehirn- und Rückenmarksschnitten, dafür war er dem Dozenten Sittmann, dem späteren Klinikdirektor, zugeteilt ⁴⁸⁾.

In dieser Zeit trat Schlagintweit dem Münchener Orchesterverein als Cellist bei ⁴⁹⁾.

Am 17. April 1895 heiratete er "Emmy" Emilie Josepha Nathan, Bierbrauertochter aus Bamberg, seine Gymnasiastenbraut ⁵⁰⁾. Die Trauung fand, ohne Teilnahme des Vaters, in der Stephanskirche in Bamberg statt. Anschließend ging die Hochzeits-

reise mit Zwischenstation in der neuen Wohnung, Mozartstraße 5, München, nach Bozen und an den Gardasee ⁵¹⁾.

Während der Ferien des Medizinischen Institutes machte Felix Schlagintweit Praxisvertretungen bei Dr. Erdt in Partenkirchen und hatte während dieser Zeit seinen ersten urologischen Patienten mit akutem Harnverhalten bei apoplektischem Insult, den er katheterisierte ⁵²⁾.

2.2 Urologe und Badearzt in Bad Brückenau

Wahrscheinlich im Jahre 1896 ⁵³⁾ bekam Schlagintweit von Georg Roth ⁵⁴⁾, einem Bekannten der Familie und selbst Bamberger, das Angebot, als Arzt nach Bad Brückenau zu kommen. Sein Chef Ziemssen riet ihm dazu, hielt ihm aber die Stelle im Institut offen, falls er zurückkommen wollte ⁵⁵⁾. In Bad Brückenau zog er mit seiner Frau Emmy in eines der vier kleinen einstöckigen Barockhäuschen mit gekröpften Mansardendächern, dem "Löwen" ein ⁵⁶⁾, in dem er auch seine Praxis betrieb ⁵⁷⁾. Angeblich hat dort auch Lola Montez, die Geliebte König Ludwig I. von Bayern, gewohnt ⁵⁸⁾.

Schlagintweit arbeitete in Bad Brückenau nur während der Saison, ⁵⁹⁾ die vom 15. Mai bis 15. September dauerte ⁶⁰⁾.

Die Wintermonate verbrachte er mit Reisen zu Ärzten, die ihm Kranke zugewiesen hatten ⁶¹⁾, nach Bremen, Kassel, Nürnberg, Berlin und Dresden. Seit etwa 1900 allerdings pendelte er mit seiner Frau zwischen Bad Brückenau und München, wo er zusammen mit seinem Bruder Oskar eine kleine urologische Klinik in der Maximiliansstraße 20 b betrieb, die das ganze Jahr geöffnet war und im Sommer von seinem Bruder allein geleitet wurde.

Dort führte er auch größere urologische Operationen aus ⁶²⁾. Nachdem 1900 große Umbauten in Bad

Brückenaus vorgenommen worden waren, wobei man den "Löwen" hinter die Gärtnerei verlegt und andere Häuser abgerissen hatte ⁶³⁾, stellte die Kurverwaltung ihm im Parterre rechts des Elisabeth-Baues Räume als Operations-Saal mit Röntgeneinrichtungen und elektromotorischen und elektromagnetischen Apparaten zur Verfügung ⁶⁴⁾. Fachkollegen seinerzeit im Bad waren Dr. Otto Schloth, Dr. Johann v. Nüss und Dr. Konrad Schneider ⁶⁵⁾.

Gerade zu der Zeit, als Schlagintweit in Brückenaus anfang, wurde das Bad in der Fachpresse durch einen 1885 in der Münchener Medizinischen Wochenschrift erschienenen aufsehenerregenden Artikel des Berliner Arztes Dr. Neumann über die diuretische Wirkung des Wernarzer Brunnens ⁶⁶⁾, als bisher stärkste diuretisch wirkende Quelle bekannt, und in Kürze das "Bayerische Wildungen" ⁶⁷⁾. "In Kurzer Zeit war ich also, ohne es zu wollen, durch diesen Zufall und diese Umstände aus einem Gehirn- und Rückenmarksanatom ein Urologe geworden. Ich mußte es werden, denn die Fälle boten sich nur so an", ⁶⁸⁾ schreibt er selbst.

Um sein urologisches Fachwissen zu erweitern, eignete er sich bei den besten Urologen der damaligen Zeit in Berlin, Paris und Wien fachspezifische Kenntnisse an ⁶⁹⁾.

In der ersten Zeit hat sich Schlagintweit in Brückenaus auch als Zahnarzt betätigt, bis sich ein solcher dort niederließ und seine Zahnpatienten übernahm. Das Instrumentarium, das er von einem seiner urologischen Patienten, einem Hamburger Zahnarzt, geschenkt bekommen hatte, wanderte nun in die Bastelwerkstatt nach Urfahrn ⁷⁰⁾.

Felix Schlagintweit hat in Bad Brückenau als erster die Lithotripsie, die Bottinische Operation und die Uretrotomie ausgeführt ⁷¹⁾. 1899 veröffentlichte er einen umfassenden Aufsatz über die Wirkung des Wernarzer Brunnens bei Nephritis aufgrund einer Studie an 40 Fällen ⁷²⁾.

Regelmäßig publizierte er kasuistische Beiträge über seine praktisch urologische Tätigkeit mit Berichten und Statistiken. So verzeichneten seine Kranken-Journale eine Zunahme der Harnkranken in Bad Brückenau.

1896 - 1898 hatte er 20 - 30 % urologische Patienten, 1899 40 %, 1900 46 %, 1901 55 %, 1902 63 %, wovon 1890 - 98 4/5 Nephritiker waren. 1902 waren es nur noch 2/6 Nephritiskranke, die übrigen kamen mit Urethritis, Strikturen, Prostatahypertrophie, Cystitis, Pyelitis und Blasensteinen. In den Jahren 1906 - 1908 behandelte Schlagintweit fast ausschließlich, nämlich 90 - 95 % Harnkranke ⁷³⁾. 1898 behandelte er sogar die Kaiserin Elisabeth von Österreich ⁷⁴⁾, die in Bad Brückenau zur Nachkur von Bad Kissingen kommend eine Saison verbrachte und ihm für 4 Wochen anvertraut wurde ⁷⁵⁾. Sie wohnte dort im später nach ihr benannten "Elisabeth-Bau" ⁷⁶⁾. Schlagintweit hielt sie für "blutarm, menschenfeindlich und gemütskrank" ⁷⁷⁾.

In Wirklichkeit hatte er allerdings ärztlich mit der Kaiserin nichts weiter zu tun, als ihr den Puls zu fühlen. Wenige Wochen später wurde Elisabeth am 10. September 1898 von dem italienischen Anarchisten Luccheni in Genf durch einen Dolchstoß getötet ⁷⁸⁾. Für seine Verdienste an der Betreuung der Kaiserin soll Schlagintweit den Hofratstitel bekommen haben ⁷⁹⁾.

In Brückenau trug er ständig einen langen schwarzen Gehrock und einen Zylinder, dazu einen

leichten Spanischrohrstock mit silberner Krücke 80).

Privat verkehrte er in den besten Kreisen Bad Brückenaus und der Umgebung; z.B. zählte zu seinem Bekanntenkreis Fürst Carl Wrede, Baron Budberg, Prinzessin Löwenstein - Wertheim - Freudenberg 81) und andere Mitglieder des unterfränkischen Adels der Nachbarschaft 82). Mit einem Auto machte er viele Rundfahrten in der näheren und weiteren Umgebung Niederfrankens und der Röhn und beschrieb sie in einem Führer für Kranke 83).

1908 beendete er mit einem plötzlichen Entschluß seine Brückenaus Zeit. "An einem wunderschönen Sommertage des Jahres 1908 trat ich in Brückenaus mitten aus der Arbeit heraus einen Augenblick ans Fenster und sah über die schimmernden Wiesengründe und wogenden Buchenwälder in die blaue Ferne hinaus. Eine Eichendorfs Sehnsucht "zu fliegen da hinaus" drängte sich auf und die Frage: wozu arbeitest du so? Gerade im Sommer wo die anderen feiern? Bist so angespannt, so eingesperrt, so angehängt! Was verschwendest du die schöne Sommerzeit, die du so liebst, zum Geldverdienen? Da draußen wandeln seelig die weißen Sommergäste umher, die Schleier schöner Frauen flattern über die Wiesen der Sorglosen, und du bist nicht dabei? Nein! Das muß ein Ende haben". 84)

Er schloß die gemeinsam mit seinem Bruder Oskar geführte Klinik in der Maximiliansstraße 20 b, kaufte in München in der Heßstraße 28 ein Haus der Gründerzeit mit Zinkornamenten, Stuckschmuck, Erkern, Spitztürmchen, Pilastern und Schmiedegittern und richtete dort eine neue urologische Klinik und Praxis ein 85). Nun war er für immer in München und konnte endlich seinen 1905 gekauften Sommersitz in Urfahrn am Chiemsee im Sommer wirklich genießen 86).

Sein Bruder Oskar ging von 1910 bis 1939 ⁸⁷⁾ an seiner Stelle als Urologe nach Brückenau und eröffnete das noch heute so benannte "Sanatorium Schlagintweit" in der Heinrich Bibra-Straße 20 ⁸⁸⁾.

2.3 Fachweiterbildung in Berlin, Paris und Wien

Außer über den Aufenthalt und seine Arbeit in Paris am Hospital Necker ⁸⁹⁾ bei Prof. Felix Guyon ⁹⁰⁾ ist über Schlagintweits urologische Fachausbildung wenig bekannt.

Nach seiner ersten Sommersaisonarbeit in Brückenau als Badearzt belegte er 1897 einen Kurs bei Prof. Nitze in Berlin ⁹¹⁾, der 1879 das Zystoskop erfand und so einen Durchbruch in der Urologie herbeiführte ⁹²⁾. Bei ihm lernte Schlagintweit die Technik des Cystoskopierens und entwickelte nach 4-jähriger cystoskopischer Erfahrung 1901 ein verbessertes sog. retrogrades Cystoskop, durch das kein toter Winkel bei der Betrachtung der Blasenwand entstand ⁹³⁾.

Im März 1901 ⁹⁴⁾ ging Schlagintweit bis zum Beginn der Sommersaison im Juni nach Paris und hospitierte am Hospital Necker bei Prof. Felix Guyon und Prof. Albarran ⁹⁵⁾.

Schlagintweit wohnte in dem kleinen Hotel de Malte, Rue Richelieu ⁹⁶⁾ und fuhr täglich mit der Straßenbahn ins Hospital Necker. Zitat: "Die Primitivität von dessen Einrichtung stand im umgekehrten Verhältnis zu der Qualität der ärztlichen Leistung."

Durch die deutsche Erfindung des Blasenspiegels war die französische Kunst, aus kleinsten Symptomen urologische Diagnostik zu betreiben, kein Weltbedürfnis mehr ⁹⁷⁾. Aber in der Technik der Lithotripsie war Guyon ein Meister wie kein anderer. Schlagintweit schaute ihm an jedem Samstag, dem "jour de lithotritie" zu ⁹⁸⁾ und behielt diese Technik der "blinden Lithotripsie" die

nächsten 40 Jahre so, wie er sie bei ihm gelernt hatte, bei. Fast alle Lithotripsien hat er mit dem Guyon'schen Lithotriptor Modell Collin Nr. 1 und dem Aspirationskatheter Nr. 26 ausgeführt. Kein anderes Instrument war nach seiner Ansicht so elegant zu bedienen wie dieses ⁹⁹⁾.

Im pathologisch-anatomischen Museum des Hospitals Necker fotografierte Schlagintweit 100 Präparate von Prostatahypertrophie, entwickelte sie in dem damals für sämtliche Pariser Kliniken arbeitenden Röntgeninstitut und führte sie später bei ärztlichen Demonstrationsabenden in Hamburg und München vor ¹⁰⁰⁾.

Nebenbei sah er sich in den Pariser Bibliotheken und Museen um. Beim Suchen nach den Blasensteintrümmern Napoleon III. und beim Durchstöbern der damaligen zeitgenössischen Literatur wurde der Gedanke seines ersten großen literarischen Werkes "Napoleon III, Lulu und Eugenie" geboren ¹⁰¹⁾.

Kurz darauf vervollständigte Felix Schlagintweit seine urologischen Kenntnisse durch eine Studienreise nach Wien zu Prof. Zuckerkandl ¹⁰²⁾, bei dem er hauptsächlich operative urologische Technik lernte ¹⁰³⁾. Somit hatte er sich durch diese Ausbildung eine urologische Basis geschaffen, die mit seinem technischen Geschick und theoretischen Wissen sein diagnostisches und operatives Können erhöhte. Bald war Schlagintweit in Süddeutschland der beste Arzt für Blasen-, Striktur-, Prostata- und Steinleidende ¹⁰⁴⁾.

2.4 Medizinische Tätigkeit in München in eigener Klinik, als Belegarzt

Seitdem Schlagintweit ab 1908 nur noch in München in der Heßstraße 28 praktizierte, war er neben der Praxisarbeit noch als Belegarzt im Rot-Kreuz-Krankenhaus, in der Krecke-Klinik und im jü-

dischen Krankenhaus in der Hermann-Schmid-Straße tätig ¹⁰⁵⁾. Genaueres über Bettenzahl, Operationsberichte Krankenblätter und Dauer der Belegarzt-tätigkeit in den verschiedenen Häusern ist nicht bekannt. Im Ersten Weltkrieg arbeitete er ab 1916 als "Wurmdoktor" auf der urologischen Station des Reservelazarets G in der technischen Hochschule in München. ¹⁰⁶⁾ Nachdem seine Praxis während des Zweiten Weltkrieges zerstört worden war, fuhr er nur noch einmal in der Woche nach München, um seine Kranken zu besuchen ¹⁰⁷⁾. Schlagintweit war Mitglied des Münchener ärztlichen Vereins, der deutschen urologischen Gesellschaft und seit 1949 ihr Ehrenmitglied ¹⁰⁸⁾. Seit Bestehen der Zeitschrift für Urologie war er Mitherausgeber. Er ist nie experimentell wissenschaftlich tätig gewesen. Alle seine medizinischen Veröffentlichungen stützten sich auf seine reichen praktischen Erfahrungen und seine konsequent geführten Krankenjournale und Statistiken ¹⁰⁹⁾. Die Entwicklung urologischer Geräte geschah aus praktischer Notwendigkeit und gelang dann dank seines technischen Geschicks.

2.5 Münchener Privatleben in Künstlerkreisen

In seinem Privatleben hatte Schlagintweit kaum Kollegen als Freunde, sondern er suchte sie bewußt in Künstlerkreisen ¹¹⁰⁾. Diese Kreise fand er schon als Student, als er dem Orchesterverein um 1893 beitrug ¹¹¹⁾. "Damals begann mein Leben den Stil anzunehmen, der ihm bis heute eigen ist. Es ist ein Leben zwischen Berufsarbeit und Künstlern, eigentlich nur unter Künstlern, mit Künstlern und nach künstlerischen Normen ... Man braucht nur etwas lange, etwa 8 Jahre, bis man heimisch in diesen Kreisen von Malern, Bildhauern, Musikern, Dichtern

und Schriftstellern wird. Als ich in den Orchester-verein eintrat, wo ich als Baßgeiger hoch willkommen war, sah ich sofort, daß mein durch Paul Heyses "Paradies" geweckter Künstlertraum in Erfüllung gegangen war." 112)

Schlagintweit befreundete sich mit dem Architekten Emanuel Seidel, der damals den Orchesterverein leitete 113) und lernte dort auch Gabriel Seidl, Stuck, Herterich, Gedon, Kaulbach, Lenbach und Wilhelm Busch kennen, die die bayerische Künstlergesellschaft "Allothria" bildeten. Nach den Proben wurden die Beziehungen in "Nachsitzungen" im "Goldenen Hirschen" gegenüber der Türkenkaserne intensiviert. Über den Orchesterverein bekam er auch Kontakt zu den "Schwabinger Übermensch" jener Zeit: Stefan George, Klages, Gräfin Franziska zu Reventlow u.a. und den "elf Scharfrichtern" Wedekind, Hannes Ruch, Gumpenberg, Ernst v. Wolzogen u.a. Über diese Gruppen spottete er allerdings mit seinen Freunden: "Damals war mir noch nicht so klar wie heute, daß ich eigentlich zu den barocken Zwiebelturmbayern gehöre, die warten können, bis sich der Sturm im Wasserglas der Literaten und Künstler gelegt hat. Wir überließen diesen aufgeregten Intellektuellen und emanzipierten Frauenzimmern die Auseinandersetzung über Ibsen, Tolstoi, Nietzsche, über Neuromantik, Expressionismus oder Naturalismus und sonstige - ismen. Mir persönlich schienen schon damals die Taten meiner Künstler wichtiger als ihre Ideen und Tischgespräche. Wir haben die Kurzlebigkeit mancher Ideen vorausgefühlt. Wir haben uns gedacht: das wird sich schon selbst zurechtrichten. Wir können warten! Unsere zahllosen gemütvollen Barockkirchen, Kapellen und Klöster predigen geradezu zur Gelassenheit, auch wenn wir nicht mehr so viel hineingehen". 114)

Höhepunkte des Orchestervereins waren jedesmal die glanzvollen Feste die zu bestimmten Anlässen gegeben wurden:

1894: präraffaelitischer Modeball im Stile Dantes, Gabriel Rossettis und Walter Cranes im Kaimsaal, der späteren Tonhalle ¹¹⁵⁾.

1899: Fest 1909, futuristischer Modeball für das Jahr 1909: Triumphfest für den Jugendstil ¹¹⁶⁾,

häufige Feste in der Treffler-Redoute, alljährliche "Bauernbälle" in der Schwabinger Brauerei ¹¹⁷⁾.

1900: Der rote Ball im Hackerbräukellersaal ¹¹⁸⁾.

1901: Fasching: olympisch-böotisches Tanzfest und Aufführung von Schlagintweits Comédie-Ballett "Platea" von Rameau ¹¹⁹⁾.

1906 zog der Orchesterverein nach Salzburg, um dort an der Feier des 150. Geburtstages Mozarts mit der Uraufführung von Mozarts Jugendwerk: "Re pastore" teilzunehmen. Schlagintweit selbst war Regisseur ¹²⁰⁾. "Mit dem Salzburger Mozartfest überschritt die Festfreude des Orchestervereins ihren Kulminationspunkt" ¹²¹⁾. Unter neuer Leitung des Orchestervereins und Umbenennung in Neuen Orchesterverein schwanden die Feste vor dem Wintersport und weil die Jugend so große, kostspielige Feste nicht mehr wollte ¹²²⁾.

1911 beendete Felix Schlagintweit seine zwanzigjährige Zeit als Kontrabassist im Orchesterverein. Ein zweiter Verein, dem er sich angeschlossen hatte, war der Cococello-Club, der von seiner Violinquartuor der 2. Geige des Orchestervereins ausging: dem Maler Adalbert Niemeyer, Hans Beatus Wieland, Rudolf Riemer-Schmid und dem Ingenieur Kaufmann ¹²³⁾. "Adalbert Niemeyer erfand nämlich auf einer Malerfahrt nach Konstantinopel und Kleinasien ein Musikinstrument: eine halbe Kokosnußschale, bespannt mit einer Schweinsblase und einer Saite, die mit einem Geigenbogen gestrichen

wurde, wobei man das Instrument wie ein kleines Violoncello zwischen den Knien hält. Um dieses sonderbare Instrument, dem Cococello, bildete sich bald ein interessanter Künstlerkreis, der ohne Statuten oder Mitgliedsverzeichnis oder Vereinslokal eigentlich nur in der Fantasie existierte. Die Cococellofeste zeichneten sich weniger durch gesellschaftlichen Aufwand und Dekorationsprunk als durch eine hohe Geistigkeit aus. Man kann sagen: Alles was unsere Witzblätter "Jugend" und "Simplizissimus" in Wort und Bild darstellten, brachten diese Feste schon vorher für einen kleinen Kreis im Spiel verkörpert." ¹²⁴⁾ Diese Feste wurden in der Zeit zwischen 1895 ¹²⁵⁾ und 1908 ¹²⁶⁾ gefeiert.

Schlagintweits engster Freundeskreis bestand aus einem Dutzend Freunden, die er zum größten Teil direkt oder indirekt über den Orchesterverein kennenlernte. Die wichtigsten waren Emanuel Seidl, Adalbert Niemeyer, Carl Vinnen, Paul Neuenborn, Franz Hoch, Hans Beatus Wieland, Prof. Lulu Herterich und Köppen ¹²⁷⁾. Mit den Familien Riemerschmid-Zumbusch und von Pocci stand er in enger Beziehung ¹²⁸⁾.

2.6 Das Landhaus in Urfahr am Chiemsee

Bereits mehrere seiner Freunde besaßen Landsitze an den Seen der Umgebung Münchens. Entweder waren es alte Familienerbsitze oder neugekaufte Bauernhäuser, die zu Landsitzen umgebaut wurden. Hans-Beatus Wieland baute sich eine Norwegerhütte am Ammersee, ebenso Adalbert Niemeyer ¹²⁹⁾. Die Familie Graf von Pocci besaß ohnehin seit Generationen ein Schloß am Starnberger-See ¹³⁰⁾. Der Münchener Architekt Emanuel Seidl besaß einen riesigen Landsitz in Murnau ¹³¹⁾. Die Familie Riemerschmid - Lachner - Zumbusch bau-

te 1902 ein Bauernhaus in Aiterbach am Chiemsee um. In diesen Sommersitzen wurden viele Feste gefeiert und dort trafen sich die Freunde häufig. Eines Tages, im Jahre 1905, hatte Schlagintweit ein Gespräch mit Ludwig Zumbusch: "Ich wüßte einen Sommersitz für dich zu kaufen, den ich keinem anderen gönne. Fahr doch einmal mit mir hin!" "Was tue ich damit, wenn ich doch im Sommer in Brückenau arbeiten muß?" antwortete ich darauf. Aber als ich auf der äußeren Spitze der Halbinsel Urfahrn den herrlichen Rundblick vom Schafberg im Salzkammergut bis zum Wendelstein über den Chiemsee hin mit Herren-, Frauen- und Krautinsel mit den Augen einfing, konnte ich mich vor übermütiger Seligkeit nicht halten und kaufte den alten großen Hof auf der Stelle, unter der Bedingung, daß der Bauer Stöffl sofort mit mir zum Notar nach Prien fahre" ¹³²⁾. Den Hof baute Schlagintweit um. "Mein Stolz war, mein Bauernschloß so herzurichten, daß es meinen Künstlerfreunden genügte" ¹³³⁾. Aus dem Heuboden über dem ehemaligen Kuhstall wurde der mit Lärchenholz getäfelte Bibliotheks- und Musiksaal, im Erdgeschoß ließ er die nach Süden liegende Vorderwand der Pferdeknechtsstube ausbrechen und den Raum in eine offene Loggia mit 2 dorischen Säulen umbauen. Überall stellte er große, weiche Sofas oder Lehnstühle auf, im ehemaligen Kuhstall allein 5 Kanapees vor dem Kamin. Sechs Gästebetten standen zur Verfügung, alles darauf abgestimmt, große Gesellschaften unterzubringen und mit ihnen Sommerwochen am See mit fröhlichen Festen feiern zu können ¹³⁴⁾. Felix Schlagintweit besaß dort auch ein Boots- und Badehaus mit dem Motorboot "Pimpernella", der Segeljolle "Ayesha" und dem Chiemseekahn "Nero".

Das Gartentor ließ er nach dem Vorbild Goethes weißer Gartenhaustür in Weimar nachbilden. Am 12. September 1912 kaufte er sich aus alten Armeebeständen von Oberst Emil v. Pfülf in der bayerischen Feldzeugmeisterei ein altes Geschütz: Kaliber 9 cm, Hinterlader, Krupp, Gußstahl, Modell 1881, und versorgte sogar die Freunde Adalbert Niemeyer und Emanuel Seidl mit weiteren 3 Kanonen ¹³⁵⁾. Mit dieser Kanone feuerte er zu allen möglichen und unmöglichen Anlässen Holzkugeln und hölzerne Granaten ab, die er sich vom Priener Drechselmeister Perl herstellen ließ ¹³⁶⁾.

Drei Jahre nach diesem Hauskauf beendete er 1908 seine Brückenauer Zeit und eröffnete seine Praxis und Privatklinik in München. Seitdem verbrachte er den größten Teil des Sommers in Urfahrnam Chiemsee ¹³⁷⁾. So wohnte er zunächst mit seiner Frau Emmy, dann seit dem Ende des Ersten Weltkrieges mit seiner späteren zweiten Frau Monna (Kreszenz Glier) im ständigen Wechsel in der Heßstraße 28 in München und in Urfahrnam Chiemsee. Im Alter, etwa um 1938, zog er sich mit seiner zweiten Frau immer mehr nach Urfahrn zurück ¹³⁹⁾. Während des Zweiten Weltkrieges stellte er seine Räume in Urfahrn der Stadt München zur Unterbringung des Münchener Stadtarchivs zur Verfügung ¹⁴⁰⁾. Seit den dreißiger Jahren wurden die Feste immer seltener, der Freundeskreis schmolz langsam zusammen. Schlagintweit hatte die meisten überlebt und begann, seinem Alter entsprechend, ein zurückgezogenes Leben in Urfahrn mit regelmäßigen Freundestreffen im kleinen Kreis wie z.B. Freitagabends Schachspiele ¹⁴¹⁾. Er saß mehr am Schreibtisch und schrieb an einigen Büchern über Napo-

leon III., den vierten lateinischen Kreuzzug und Franziska Gräfin zu Reventlow¹⁴²⁾.

2.7 Zwei Ehen

Während der Brückenauer Zeit und die erste Zeit bis etwa 1910 verlief die kinderlose Ehe mit Emilie Josepha Nathan glücklich, in Eintracht und Abwechslung mit vielen Festen, im Fasching und auf Reisen. "Emmy" war ausgesprochen attraktiv und verstand sich gut und mit der Mode zu kleiden. Aber nach ca. 15-jähriger Ehe war der Ehealltag grau geworden, der in den letzten 4 Jahren vor dem Ersten Weltkrieg sich wieder verschönte. "In die 4 Jahre vor dem Ersten Weltkrieg fällt ein sonderbarer Rauschzustand der Menschheit: das Tango-, Stepp-, Foxtrott- und Boston-Fieber, eine Revolution auf dem Tanzbein könnte man auch sagen. Der Eifer, miteinander schön tanzen zu können und schön auszusehen, verschönte auch wieder etwas meine grau gewordene Ehe" ¹⁴³⁾. Erst mit dem Zeitpunkt 1908, als Schlagintweit Brückenaus verließ, ganz nach München ging und einen großen Teil des Sommers in Urfahrn mit vielen Freunden und Freundinnen im Landhaus, am Wasser beim Baden und Segeln auf dem See verbrachte, kam Leben in seine Beziehungen zu Frauen. "Besonders die Freundinnen wurden immer zahlreicher, ganz parallel zu meinem äußeren Erfolg. Ich finde, daß eigentlich alle diese Liebesabenteuer von selbst auf mich zugekommen sind, und daß sich eines zwanglos ohne mein Zutun an das andere gereiht hat" ¹⁴⁴⁾. Seine erste Ehe wäre vielleicht nicht gefährdet gewesen, wenn Emmy nicht eine immer größer werdende Eifersucht entwickelt hätte, wohl schon deshalb, weil ihr Mann seine Liebschaften streng geheim hielt und sie Verdacht zu schöpfen begann. Das entscheidende Erlebnis aber hatte Felix Schlagint-

weit während des Ersten Weltkrieges, als er etwa 1917 "Monna" kennenlernte ¹⁴⁶⁾. Als er im Rot-Kreuz-Krankenhaus in München als Belegarzt tätig war, begegnete ihm dort als 49-jährigem die 22-jährige Stationsschwester Kreszenz Glier ¹⁴⁷⁾, die damals den 17-jährigen Peter Miller pflegte, den Schlagintweit nephrektomiert hatte ¹⁴⁸⁾. Sie verliebten sich auf den ersten Blick ineinander, hielten ihre Liebe aber geheim und ließen sich ein Jahr lang außer Dienst nie miteinander sehen. Sie trafen sich heimlich fast täglich in dem Maleratelier eines Freundes, der wieder an die Front mußte ¹⁴⁹⁾. Wegen ihrer Schönheit nannte Schlagintweit sie Monna nach Monalisa ¹⁵⁰⁾.

"Monna war als junge Stationsschwester Feuer und Flamme für ihren Beruf und fiel allen durch den gänzlichen Mangel an Koketterie und die absolute Gleichgültigkeit gegen ihre Schönheit auf. Eine Pedanterie der Sauberkeit, ein Furioso der Arbeitslust und eine Unempfindlichkeit gegen eigene körperliche Leiden überraschten mich immer wieder" ¹⁵¹⁾.

Zu dieser Zeit wurde er neben seiner belegärztlichen Tätigkeit "Wurmdoktor" in der urologischen Station des Reservelazaretts G in der Technischen Hochschule ¹⁵²⁾. In diesem Jahr vertiefte sich ihre Liebe obwohl sich Monna in der Rolle der ewig geliebten, die nicht geheiratet werden konnte, nicht wohlfühlte ¹⁵³⁾. Aus dieser Unzufriedenheit heraus lernte sie einen Musikprofessor aus Mitteldeutschland kennen, der sie heiraten wollte ¹⁵⁴⁾, doch entschied sie sich gegen ihn. ¹⁵⁵⁾ Im Herbst 1918 führte Schlagintweit bei ihr eine urologische Operation in der neuen Krecke'schen Klinik aus ¹⁵⁶⁾. Am 20. November 1918 hatte das Versteckspiel ein Ende, Schlagintweit hatte das ernste Liebesverhält-

nis seiner Frau gebeichtet, die sich aber nicht scheiden lassen wollte. Kurz darauf kündigte Monna ihr altes Arbeitsverhältnis und wurde Anfang 1919 seine Sprechstundenassistentin ¹⁵⁷⁾. Seine Frau lebte nicht mehr mit ihm zusammen, wollte sich aber offiziell nicht scheiden lassen. Sie bezog in der Heßstraße 28 das erste Stockwerk und lebte seitdem bis kurz vor ihrem Tod allein als "getrennt lebende Ehefrau". Dieses Leben in "wilder Ehe" tolerierten besonders Bekannte und Freunde katholischer Kreise nicht und zogen sich von Felix Schlagintweit zurück ¹⁵⁸⁾.

Für ihn und Kreszenz Glier begann nun ein neues Leben. Sie gingen zusammen auf seine Jagd in Haspelmoor zwischen München und Augsburg, sie genossen den Münchener Karneval in den Zentralsälen, auf den Redouten des Kolosseums und besonders im Deutschen Theater in der Schwanthalerstraße ¹⁵⁹⁾. Am 1918 aufkommenden Wintersport nahmen sie nicht teil. Noch mehr als früher fanden die Feste nach 1918 allerdings im privaten Kreis statt, an denen sich beide beteiligten und selbst viele Feste gaben ¹⁶⁰⁾. Nach dem Ersten Weltkrieg, erstmalig wieder 1926, begannen die Autoreisen ¹⁶¹⁾. Urfahrn am Chiemsee war immer wieder Mittelpunkt der Erholung.

Plötzlich kam im Jahre 1938 eine Veränderung in die "Dreisamkeit". "Emmy, die 20 Jahre vereinsamte Frau im 1. Stock, Emmy, die Zeißglasbeobachterin meiner Untreue und von Monnas Treue, Zuverlässigkeit und Häuslichkeit, Emmy, die keine geschiedene Frau sein wollte, wollte auf einmal auch keine "getrennt lebende" mehr sein. Sie versöhnte sich glattweg mit Monna: "Daß sie schön ist, muß ihr der Neid lassen, daß sie aber so für dich und mich sorgt, sehe ich erst jetzt ganz ein!" ¹⁶²⁾ Aus-

lösend für diese Versöhnung war eine Nierensteinkolik des Urologen, um dessen Wohlsein plötzlich beide Frauen besorgt waren. Leider starb Emmy nach kürzerer Krankheit an Herzinsuffizienz am 21. November 1938. Der Beendigung der 20-jährigen "wildenen Ehe" stand nichts mehr im Wege, so daß die Ehe am 15. Dezember 1938 im Standesamt München IV geschlossen wurde ¹⁶³⁾. Etwa 1928 schon wurde die "Zweisamkeit" durch die Anschaffung einer ganzen Foxterrier Hundeschar beendet, mit der sogar Zucht betrieben wurde ¹⁶⁴⁾. Seit ungefähr 1930 bekamen sie ein Pflegekind - die Tochter von Monnas Schwester - zur Betreuung, die nach Schlagintweits Tode als Universalerbin eingesetzt wurde ¹⁶⁵⁾ und bis 1946 im Haus Schlagintweits blieb ¹⁶⁶⁾. Seit der zweiten Eheschließung führte Felix Schlagintweit ein immer zurückgezogeneres Leben mit seiner Frau, dem Pflegekind "Mucki" und seinen Hunden in Urfahrn am Chiemsee. Die Zahl der Freunde war kleiner geworden ¹⁶⁷⁾.

2.8 Reisen

Fast alle seine Reisen unternahm Schlagintweit mit dem Auto. Mit dem Zug fuhr er lediglich zu der Zeit, als es noch keine Autos gab, also vor 1900 von Bamberg nach München und von München nach Brückenau und zurück. "Für mich hatte das Erscheinen des Automobils im Jahre 1900 etwas weltanschaulich Umwälzendes an sich, an dem ich mit all meinem Dichten und Trachten teilnehmen mußte" ¹⁶⁸⁾.

1901 kaufte er sich, wie sein Bruder Oskar, ein Motorrad der Fabrique nationale in Lüttich und fuhr damit die 380 km von München nach Brückenau an einem Tag. Aber schon 1902 ersetzte er das Motorrad durch ein Oldmobile und dieses 4 Wochen spä-

ter~~n~~ach einer reichen Brückenauer Saison durch einen 4-Zylinder, mit dem er alljährlich über die Alpen nach Frankreich, dem ersten Automobil-lande der Welt, fuhr ¹⁶⁹⁾.

Das Reisen damals war noch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden: Die Straßen waren nur geschöttet, lediglich im Rhonetal gab es eine geteerte Straße, die Reifen hielten maximal 3000 km, Benzin gab es aus einer großen Flasche beim Apotheker.

Die erste größere Autoreise ging über den Schwarzwald, den franz. Jura, Grenoble, Nimes, Marseille, die Riviera zum Gardasee und über den Brenner wieder heim. Für die Zusammenstellung einer solchen Reise benutzte Schlagintweit den Baedeker in der jeweils zu benutzenden Fremdsprache und bezeichnete die interessantesten Gegenden auf der Karte mit Sternchen; wo sich die Sternchen häuften, war ein Reiseziel ¹⁷⁰⁾. Ein Jahr vor dieser Reise hatte er mit seiner Frau Venedig besucht, und 1910 ging es mit einigen Freunden in die Dolomiten ¹⁷¹⁾. Häufigstes Reiseziel waren für ihn und seine Freunde die kulturhistorischen Stätten Norditaliens, der Toscana, Venedig und Florenz. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde 1926 nach 12-jähriger Autoreisepause mit einem 3 1/2 PS Auto wieder die erste Reise unternommen, sie führte nach Venedig ¹⁷²⁾. Die nächsten längeren Reisen gingen auf den Spuren seines schriftstellerischen Helden Napoleon III. über Ostende nach England und wieder nach Italien ¹⁷³⁾. Die umfangreichste Reise aber ging 1938 über Venedig auf den Spuren der Ritter des 4. lateinischen Kreuzzuges auf einer Kreuzfahrt nach Griechenland, Athen, Troja, Kairo und Luxor ¹⁷⁴⁾. Seine Eindrücke und kulturgeschichtlichen literarischen Forschungen

verdichteten sich in dem nie fertiggestellten Buch "Leidenschaft am Mittelmeer" ¹⁷⁵⁾.

Aus seinem Nachlaß wurden seine Erlebnisse in dem Buch "Don Juans Hochzeitsreise" verarbeitet ¹⁷⁶⁾.

2.9 Tod in Urfahrn mit 82 Jahren

Am 17. Mai 1950 ¹⁷⁷⁾ starb Felix Schlagintweit plötzlich nach dreitägiger Krankheit. "Eine plötzliche Thrombose der Mesenterialvene, eine am nächsten Tag sich einstellende Stauung am rechten Bein und am 3. Tag eine Herzblockierung" ¹⁷⁸⁾. Er wurde in seiner selbstgewählten Ruhestätte auf dem Friedhof der Fraueninsel im Chiemsee beerdigt. Die Grabinschrift hatte er selbst verfaßt: "Hier liegt Felix Schlagintweit, ein Arzt und Schriftsteller aus München. Er lebte, liebte, litt und starb in Urfahrn am Chiemsee am 17.05.1950. Auch Monna seine Frau ruht hier".

Am 10. Juni 1950 schrieb seine Frau Kreszenz Schlagintweit an Franz Wachter ¹⁷⁹⁾: ... es ist unfassbar, daß dieser gütige, heitere und immer lebensbejahende Mensch nicht mehr ist. So trostlos ruhig, einsam und leer ist es um mich und in mir geworden mit seinem Fortgang. Am letzten Freitag las er noch an einem Dichterabend in Prien "Apollo sucht eine Muse", das in die neue Auflage des "verliebten Lebens" aufgenommen wird. Am Samstag waren wir bei der Eröffnung der Gemäldeausstellung auf der Herreninsel, und er war so angeregt und interessiert wie immer mit den Künstlern und ihren Werken. Am Montag korrigierte er noch das neue Buch durch, saß dabei in seinem blühenden Garten, umgeben von seinen geliebten Hunden. Am Dienstag früh wurde er krank und am Mittwoch abends schloß er nach 3 langen Atemzügen für immer die Augen. Am Freitag Nachmittag

war die Überführung zur Fraueninsel. Ich ließ ihn durch das ganze Haus tragen und als man in die Loggia kam, ging ein kurzer heftiger Wolkenbruch nieder. So verhalf der Himmel meinem lieben Mann dazu, daß er noch etwas in der Loggia verbleiben konnte. Bald darauf schien wieder die Sonne und nun ging es durch den prangenden Garten auf den Damm hinaus in seine Schiffshütte. In einem schön geschmückten Kahn fuhren wir hierauf zur Fraueninsel. Als wir in deren Nähe kamen, spannte sich ein prachtvoller Regenbogen über die Stätte des ewigen Friedens".

3 UROLOGISCH WISSENSCHAFTLICHE ARBEITEN

3.1 Arbeiten während des Studiums

3.1.1 Skelett-Tafeln

Nach Anweisung seines Erlanger Anatomielehrers L. Gerlach ¹⁸⁰⁾ fertigte Felix Schlagintweit, der als cand.med. sein Privatassistent war, eine Kollektion von 30 Blättern Skelettzeichnungen an, die zu Beginn des Semesters an die Studenten verteilt wurden, damit sie während der Anatomievorlesung die entsprechenden Muskeln einzeichnen konnten, während der Lehrer an einer matten Glastafel, hinter der die gleiche Vorlage hing, die Muskulatur erklärte. Schlagintweit war für den zeichnerischen Teil der Blätter verantwortlich. Benutzt wurden die Atlanten von Froriep und Richter und die anatomischen Handbücher von Gegenbaur und J.v. Gerlach. Zeichnungen von Transversalschnitten durch Glieder, Hals und Bauchdecken wurden nach Präparaten der Erlanger Anatomiesammlung angefertigt.

3.1.2 Dissertation

Im gleichen Jahr, in dem die Skelett-Tafeln erschienen, legte Schlagintweit auch seine im 8. Semester im Juni 1893 angefertigte Dissertation mit dem Thema: "Frakturen der Wirbelsäule und ihre operative Behandlung" ¹⁸¹⁾ der medizinischen Fakultät in Erlangen vor. Sein Doktor-Vater war der Chirurg Prof. Dr. W. v. Heineke.

Schlagintweit hatte Experimente an Leichen vorgenommen, die für den chirurgischen Operationskurs im Sommersemester 1893 be-

stimmt waren. Mit einer von ihm entwickelten Vorrichtung konnte er die Leichenwirbelsäulen in allen Abschnitten frakturieren. Er untersuchte dann die Art der Fraktur und beschrieb die Experimente. In einem allgemeinen Teil folgte die Darstellung der pathologischen Anatomie der Wirbelsäulenfrakturen. Im Abschnitt über die Therapie stellt er die damals üblichen operativen Techniken der Wirbelsäulenfrakturen anhand von 400 Krankengeschichten und Sektionsberichten dar. Es zeigte sich schon durch den ersten Teil seiner Arbeit, daß das eingeengte Rückenmark auf der ventralen Seite des Wirbelkanals entlastet und freigelegt werden mußte und nicht auf der dorsalen durch Entfernung der Wirbelbögen, wie es damals aus Mangel an Kenntnis über die pathologische Anatomie der Wirbelsäulen-Frakturen üblich war. Er entwickelte experimentell an den Leichen eine Operationstechnik, durch die der Operateur leichter und geräumiger an die ventrale Wand des Wirbelsäulenkanals gelangen konnte, um dort Hindernisse zu entfernen.

3.2 Urologische Geräte

Die moderne Urologie wurde mit der Möglichkeit, das ~~Basen~~innere direkt zu betrachten, begründet. Nitze leitete am 9.3.1879 diese Ära durch die Erfindung des Zystoskops ein ¹⁸²⁾. Schlagintweit modifizierte Nitzes Zystoskop Nr. III nach seinen Vorstellungen und baute das retrograde Zystoskop ¹⁸³⁾.

3.2.1 Zystoskope

Das "retrograde Zystoskop" fand von allen seinen instrumentellen Entwicklungen den größten Anklang. Selbst Nietze, der sparsam mit Lob umging, äußerte sich lobend. ¹⁸⁴⁾. Schlagintweit griff den Gedanken einer Rückblickoptik auf, weil bei allen bisher ent-

wickelten Geräten der nach hinten gelegene Teil der Blase aus optischen Gründen uneinsehbar blieb. Wichtige Punkte, die sonst nur teilweise sichtbar waren, wie das Gesamtbild des Orificiums, hypertrophische Prostatawülste und -lappen, die dunklen Tiefen postprostatistischer Taschen mit ihren Schlupfwinkeln für Blasensteine lagen nun bei seinem Instrument offen und klar vor Augen ¹⁸⁵⁾. Es verbesserte die Diagnostik vor Bottini'schen Operationen zur Erkennung der Konfiguration der Prostatawülste, nach der Lithotripsie zur Aufsuchung in den retroprostatistischen Räumen zurückgebliebenen Steintrümmer, zur Stilaufsuchung von Tumoren, zur Diagnose und Lokalisation bei Urethritis post. und Prostatitis. 1903 war das Gerät nach jahrelanger Entwicklung ausgereift und wurde 1901 publizistisch angekündigt ¹⁸⁶⁾. Als Urtyp verwendete Schlagintweit das Nitze'sche Zystoskop Nr. III, das er zu seinem Grundtyp aller Katheterzystoskope um 1900 weiterentwickelte, aus dem sein Ureteren-, Operations-, Spül- und retrogrades Zystoskop hervorging. Angefertigt wurden fast alle seine Geräte von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall, Berlin, Friedrichstraße 131. Seit der abgeschlossenen Entwicklung, mit einer Ausnahme eines Kinderzystoskops, wurden keine anderen Geräte mehr in seiner Praxis und Klinik verwendet ¹⁸⁸⁾. Das retrograde Sehen wurde dadurch ermöglicht, daß beim Verschieben des optischen Rohres (O) im Katheterrohr (K) ein an der Spitze des optischen Rohres (O) angelenkter Prismenspiegel (P) nach vorn klappt (Fig. 2) und den Strahlengang nochmals rechtwinkelig nach

vorne bricht, so daß man auf dem Schaft entlang sieht (Fig. 3). Zieht man das optische Rohr wieder um 5 mm, was durch Anschlag (A) markiert ist, zurück, so sieht man wie sonst nach der Seite, da der Klappspiegel wieder zurückfällt (Fig. 1). Diese Vorrichtung hat Schlagintweit erreicht, indem er bei seinem Grundtyp eine ~~Um~~stellung der Linsen unter Beibehaltung ihrer Entfernung vornahm, nämlich die Hauptfrontlinse an die Seite, das erste Prisma dahinter gestellt, die zweite Linse an der alten belassen hat. So konnte dasselbe eingeführte Instrument beliebig als gewöhnliches Zystoskop mit seitlicher Optik oder als retrogrades verwandt werden. Dieses retrograde Zystoskop war gleichzeitig als Spülzystoskop mit ausziehbarer Optik ausgelegt. Die Helligkeit des retrograden Bildes war um eine Nuance geringer, weil das zweite Prisma etwas Licht absorbierte. Das Kaliber war das gleiche wie bei seinen früheren mittleren Instrumenten, 22 - 24 Charr. 189). Der Schnabel wies eine stärkere Krümmung von 85° , statt üblicher Weise 45° , auf und war länger; dadurch konnte man mit diesem Instrument auch bei solchen Prostatavergrößerungen Untersuchungen durchführen, bei denen die Einführung des Normalzystoskops versagte 190). Später wurde das Instrument aus zwei Gründen nicht mehr gebaut, einmal weil die Firma durch Konfusion in die Firma Siemens-Reiniger aufging 191), und weil gewandte Zystoskopiker den Rückblick in der Blase selten dringend brauchten.

Die Behandlung von Papillomen führte Nitze als erster endovesical mit der Schlinge erfolgreich durch, später Casper, Baer, Blum, Böhme, Kneise und auch Schlagintweit 192).

Nitze verwandte dazu sein 1891 konstruiertes Operationszystoskop, das später auch Schlagintweit als das beste dieser Art benutzte. Bis dahin aber nahm er bis 1907 ein Ureterenzystoskop, das er 1900 als Operationszystoskop umbaute und erfolgreich Blasentumoren mit Drahtschlingen auf folgende Weise behandelte ¹⁹³⁾:

Zwei 30 cm lange Stücke starrer Ureterenkatheter wurden mit Seide und Kollodium miteinander verbunden, die in ein Doppelureterenzystoskop mit nicht geteiltem Kanal eingezogen wurden. Durch die Katheter zog er eine Violine-Saite, so daß am vorderen Ende eine Schlinge gebildet wurde, die ~~hier~~ zystoskopisch um die Geschwulst legte, durch Drehen des ganzen Gerätes den Tumor abriß, die Schlinge ganz zuzog und als permanente elastische Ligatur nach Entfernen des Zystoskops als Verweilkatheter liegen ließ, bis der Stiel durchtrennt war. Diese Methode benutzte er seit 1900 und demonstrierte sie in vielen Städten einer breiten Kollegenschaft ¹⁹⁴⁾.

Für dieses Verfahren beanspruchte er die Priorität, als es Dr. V. Blum 1909 als sein eigenes veröffentlichte ¹⁹⁵⁾. Nach 1907 aber gab Schlagintweit sein eigenes Verfahren auf, weil das von Nitze 1891 konstruierte und später verbesserte und vereinfachte Zystoskop, das wegen der auswechselbaren Optik auch als Spülzystoskop zu verwenden war, bessere Möglichkeit bot. Damit hat er dann, wie auch Albarran ¹⁹⁶⁾, die Tumoren mit der elektrischen Schlinge kauterisiert ¹⁹⁷⁾.

1911 ließ Schlagintweit sich eine scharfe endovesicale Polypenzange von der Fa. L. und

H. Löwenstein, Berlin, zur Ergänzung seines Nitze'schen Spül-Operationszystoskopes herstellen, weil die bis dahin bekannten Instrumente dieser Art zu kleine und zu schwache oder mit diffizilen und gebrechlichen Hebeln betriebene Gebisse hatten¹⁹⁸⁾. Er wandte das Prinzip der queren Öffnung und Schließung des Gebisses mittels zweier ineinandergesteckten Röhren, an deren Blasenenden sich jeder männliche und weibliche Teil der scharf schneidenden ovalen gefensterten Stanze befand, die geschlossen den zystoskopförmig gekrümmten Schnabel des Instruments bildeten. Die Blasenlange wurde mit einem Scherengriff bedient. Das Vorgehen war folgendermaßen: mit geschlossenem Instrument eingehen, Optik herausziehen, Spülen, Füllen der Blase, Optik einschieben, das abzuschneidende Gewebestück zwischen das Gebiß einstellen, durchschneiden. Das Instrument war besonders kräftig, vor allem für das Arbeiten am Blasen Hoden weiblicher Blasen geeignet und ließ sich auch bei suprapubischer Eröffnung der Blase verwenden, indem man es von der Bauchwunde her einführte. Das besondere an diesem Instrument war die quere Öffnung und die Scherengriffbedienung, mit der man die Kraft der Finger genau übertragen konnte. Die bis dahin üblichen Instrumente hatten Längsöffnung und Bedienung durch Hebel.

3.2.2 Andere Geräte

Mit seinen Zystoskopen wurde Schlagintweit in der medizinischen Welt bekannt und gewürdigt, aber er konstruierte auch brauchbares medizinisches Kleingerät, unter anderem Harnröhren-Knopfsonden mit abschraubbarem filiformen Leitfaden:¹⁹⁹⁾

Um Verengungen der männlichen Harnröhre abzutasten, eignete sich am besten die Guyon'sche Knopfsonde, eine kleine Olive an elastischem Stiel, nur war die filiforme elastische Spitze mit der Knopfsonde fest verbunden. Ein abschraubbarer Leitfaden war aber wünschenswert, weil man dann Knopfsonden verschiedener Größe anschrauben konnte, damit Verengungen und Stenosen der männlichen Urethra jeden Kalibers genauestens ausgetastet werden konnten. Nach dem Vorbild der Guyon'schen Knopfsonde konstruierte Schlagintweit solche mit abschraubbarem Leitfaden.

Eine andere Erfindung war sein Apparat zur Gefrierpunktsbestimmung des Harns, Blutes usw. mit dem schneeförmigen CO_2 als Kältespender ²⁰⁰). Da der Gefrierpunkt einer Flüssigkeit um so tiefer unter dem von H_2O liegt, je höher sein Gehalt an festen Bestandteilen ist, bestand in der Gefrierpunktserniedrigung des Harns oder Blutes gegenüber H_2O ein Maß für dessen Konzentriertheit und damit ein Maß für die Funktion der Nieren, nämlich der Konzentrationsfähigkeit ²⁰¹). Schlagintweit stellte einfach eine Stahlflasche mit flüssigem CO_2 auf den Kopf und spritzte den Inhalt in ein Moltonsäckchen, das er um den Zylinder des Gefrierapparates wickelte. Diese Methode war einfacher, schneller, sauberer, sicherer und billiger (pro Untersuchung 3 1/2 Pfennig) als die übliche Gefrierpunktsmessung mit einem Eiskochsalzmisch.

Die Schwierigkeit der Messung des spezifischen Gewichtes kleinster Urinmengen, z.B. bei durch Ureterenkatheterismus getrennt aus jeder Niere gewonnenen Urinproben, löste er dadurch, daß er die Urometer nach Heller verkleinert mit

kürzerer Skala von 1.000 bis 1.030 und ganz eng anliegendem Reagenzglas nachbildete. Dadurch kam er mit 7,5 bis 3,5 ml Urinmengen aus 202).

1906 konstruierte Schlagintweit einen Untersuchungs- und Operationstisch, der sich von den üblichen Konstruktionen dadurch unterschied, daß der Patient "stehend vom Fußboden weg, ohne Stufen oder Trittbretter zu erklettern, in jeder Höhe, Lage oder Neigung gehoben, gesenkt und wieder stehend auf den Fußboden zurückgestellt werden konnte." Der Patient konnte in alle möglichen Stellungen gebracht werden: Sitzen, Liegen, Kopftief-lage, Beckenhochlagerung, gynäkologische Stellung ect., um Blasen- und Scheidenspülungen, Sondierungen, Zystoskopie, Rectoskopie, vaginale, perineale Operationen ect. durchführen zu können 203).

Bevor er diesen Tisch veröffentlichte, hatte er ihn in seiner Klinik in München und Brückenau 9 Jahre lang erprobt und verbessert. Einen zweiten Tisch, einen urologischen Röntgentisch, ließ er 1932 bauen und zwar aus der Notwendigkeit heraus, bequem, schonend, ökonomisch und schnell Nieren- und Blasen-aufnahmen sowie intravenöse und retrograde Pyelocystographien, zugleich mit Zystoskopie und Ureterenkatheter ohne Tischwechsel ausführen zu können 204).

Ebenso eignete sich der Tisch in der urologischen Praxis zur Blasenspülung, Sondierung, Zystoskopie, Urethroskopie, Diathermie, Bestrahlung, Koagulation, Lithotripsie und zu ähnlichen kleinen Operationen und ersetzte somit als Universalgerät einen Untersuchungs-

und Operationstisch. Die Konstruktion war denkbar einfach: der Tisch bestand aus einem Gerüst von autogen verschweißten U-Eisen-schienen, in die an die Schmalseiten als Füße zwei durch Kurbeln je für sich verstellbare Sperrholzplatten und an den Längsseiten zwei ebensolche Platten als Träger für das Röhrenstativ und für Zubehörgeräte beliebig untereinander auswechselbar und horizontal verschiebbar eingeschoben waren. Auf der 2 m langen Tischfläche konnte die Buckyblende bewegt werden. Der Preis belief sich im Jahre 1932 auf 350,-- RM ²⁰⁵).

3.3 Die Steinkrankheit

3.3.1 Verbreitung und Entstehung

Die Pathogenese der Steinbildung ist bis heute noch nicht geklärt. Aus der Vielzahl der Faktoren, die z.T. außerhalb der Nieren liegen, sind allerdings einige bekannt ²⁰⁶), so als prärenale Ursachen Hyperparathyreoidismus, Harnsäurediathese, alimentäre Faktoren und als postrenale Ursachen Epithelläsion, Stauung und Infektion. Bei den meisten Formen und Arten der Harnsteine ist aber der renale Faktor noch ungeklärt. Man nimmt heute an, daß die organischen Substanzen, meist Mucopolysaccharide, vom Tubulusepithel des Nierenparenchyms ausgeschieden werden, ausfallen und primär die organische Matrix des Steines bilden. Sekundär kommt es dann zur Einlagerung der Mineralsalze in diese Matrix, so daß der Mikrolith entsteht, der als Kristallisationszentrum dient, wenn er an der Schleimhaut der Nierenpapille haften

bleibt und durch Apposition zum Makrolithen wird.

Schlagintweit interessierte sich sehr für die Frage der Verbreitung und Entstehung der Steine und trug 1914 ein umfassendes Material zusammen ²⁰⁷⁾. Um die Jahrhundertwende gab es in Hochkulturländern kein endemisches Vorkommen der Steinkrankheit mehr. Endemisch war der Blasenstein in Bosnien, Indien, Ägypten und Rußland und stets waren dort sehr viele Kinder und Jugendliche erkrankt. Man vertrat die Auffassung, daß primitive hygienische Verhältnisse, einseitige, grobe Ernährung, besonders im Kindesalter dafür verantwortlich waren. Schlagintweit hat sich hauptsächlich auf Arbeiten von Sergujewski und Hirsch gestützt.

Die Steinbildung wurde durch die Meckel-Ebstein-Theorie ²⁰⁸⁾ zu erklären versucht, die von Nicolaier ²⁰⁹⁾ und Posner ²¹⁰⁾ ausgebaut worden war, nämlich die erhöhte Ausfällbarkeit des steinbildenden Materials und Freiwerden organischer Substanz. Die Quelle der organischen Substanz sah man in Infektion und Epithelläsion der Harnwege. Ausgebaut wurde diese Theorie durch die Anwendung der Prinzipien der Kolloidchemie auf die Harnsteinbildung von Schade, Posner, Aschoff, Kleinschmid und Lichtwitz. Die Bedeutung der Harnacidität für die Löslichkeit der Salze im Harn wurde erkannt, aber es fehlte durch die noch nicht mögliche pH-Messung eine adäquate Untersuchungstechnik ²¹¹⁾.

Alle postrenalen Faktoren der Steinbildung wie Infektion, Epithelläsion und Stauung

waren bekannt. Als häufigste Ursache für Blasensteine in europäischen Hochkulturländern wurde die Prostatahypertrophie mit und ohne Cystitis gesehen ²¹²⁾. Uratsteine waren die häufigsten, in Gegenden mit kindlichen Steinen waren die Oxalate häufiger. Urate, Oxalate und Cystinsteine wurden die aseptischen Steine bezeichnet, wogegen Phosphate mehr sekundär in septischem Milieu entstanden ²¹³⁾. Diese Meinung wird auch heute noch vertreten. Die Häufigkeit verteilt sich allerdings anders, und zwar in der Reihenfolge: Calciumoxalatsteine, Harnsäuresteine, Calciumphosphatsteine, Zystinsteine ²¹⁴⁾.

1935 war man in der Erkenntnis der Steinentstehung einen Schritt weitergekommen. Schlagintweit trug in einer Übersichtsarbeit über die Nierensteinkrankheit die bis dahin bekannten Ursachen für die Entstehung zusammen: die Meckel-Ebstein-Theorie wurde weitgehend verlassen, die Prinzipien der Kolloidchemie postuliert, alimentäre Ursachen empirisch durch die wechselnde Kriegs- und Nachkriegsernährung erkannt. Praerenale hormonale Ursachen wie Zusammenhänge zwischen Thyreoidea, Parathyreoidea, Phosphat- und Calciumstoffwechsel und Steinbildung klärten sich langsam auf ²¹⁵⁾.

3.3.2 Symptomatik und Diagnose

Symptomatik und Diagnostik sind unterschiedlich je nach Sitz des Steines. Zur Symptomatik der Blasensteine hat Schlagintweit das häufigste und präziseste Symptom angegeben,

die "Auslösung eines leicht schmerzhaften Harndranges im Moment des Überganges von Ruhe zur Bewegung." ²¹⁶⁾ Die Diagnose ist obligatorisch durch die Cystoskopie zu stellen. Nur seine allerersten Blasensteine hatte er mit der Sonde gefunden, alle anderen ausnahmslos mit dem Cystoskop ²¹⁷⁾. Bei unüberwindlichen Schwierigkeiten bei der Einführung der diagnostischen Instrumente hilft man sich mit der Meatotomie. Er empfiehlt auch bei Blasensteinen und nicht nur bei Harnleiter- und Nierensteinen die Röntgenuntersuchung der leeren Blase, dies aber nur als Ersatz für die Cystoskopie bei Kindern, bei schwieriger Passage und bei sehr erschöpften Patienten. 1934 röntgt er die Blase bei Zweifel über Größe und Zahl der Steine mit Sauerstoff-Füllung und mit schräg von oben das kleine Becken treffender Röhre ²¹⁸⁾.

Bei Nieren- bzw. Harnleitersteinen spielen Größe, Form und Sitz, ob septischer oder aseptischer Stein für die Therapie eine entscheidende Rolle. Deshalb entwickelte Schlagintweit auch nach Vorliegen der typischen Symptomentrias: Kolikanfall, Blut im Urin und Erbrechen und damit Nierensteinverdacht, ein systematisches diagnostisches Verfahren in einer Sitzung auf dem Buckytisch in festgelegter Reihenfolge:

1. Indigokarmininjektion
2. Doppelläufiges Uretercystoskop: Inspektion der Ostien; Verspätung, Ausbleiben oder Stammeln und Rieseln der Blaustrahlen auf der verstopften Seite statt des regelmäßigen Rhythmus auf der steinfreien Seite. Entdeckung etwa bereits ausgetretener Steinchen bei der Blaseninspektion.

3. Kontrastkatheter in beide Harnleiter: getrenntes Auffangen des Ureterurins, Untersuchung auf Menge, Eiweiß, Eiter, spezifisches Gewicht, Blaufärbungsdifferenz.
4. Leer-Röntgen-Aufnahme
5. Luft- oder Sauerstofffüllung der Nierenbecken
6. Füllungsurographie
7. i.v.-Ausscheidungsurographie

Durch diese Maßnahmen wurde Größe (Abgangsfähigkeit), Zahl, Form, Sitz, Infektion der Steine und Nierenfunktionszustand zur Indikationsstellung der Therapie der Wahl ermittelt 219).

3.3.3 Therapie der Nierensteine

Wenn Größe und Form des Steines von vorneherein den Spontanabgang ausschließen, sollte man sich baldigst zur Operation entschließen 220). Abwarten darf man nur, wenn bei einem Rezidiv-Stein-Kranken schon mehrmals Spontanabgänge beobachtet wurden. Bei solchen Patienten, vorausgesetzt der Stein hat noch keine Pyurie oder Nierenfunktionseinschränkung verursacht, bringt Ausschwemmung durch reichlich Trinken von neutralem Wasser und Anhalten des Patienten zum Hüpfen und Springen den Spontanabgang des Steines. Im Anfall soll mit Morphin, Dilaudid oder Pantopon nicht gespart werden. Bei plötzlich schwersten Koliken mit Anurie sofortiges Einführen eines Ureterkatheters, um den Stein entweder ins Nierenbecken zurückzuschieben oder an ihm mit dem Katheter vorbeizukommen und als Nierenbeckenverweilkatheter einige Tage liegen zu lassen. Die Indikationen zu den verschiedenen Operationen stellte Schlagintweit in folgender Weise:

- Pyelolithotomie: nach lumbalem extraperitonealem Schnitt bei extrarenaler Lage des Nierenbeckens und aseptischen im Becken beweglichen Steinen.
- Nephrolithotomie: wegen ~~der~~ erheblichen Nierenschädigung nur noch im Notfall bei fest in den Kelchen oder im Parenchym sitzenden größeren Steinen. Gefürchtet wurden die erst nach Wochen einsetzenden Nachblutungen, die manchmal sekundär zur Nephrektomie zwingen konnten.
- Miniaturnephrotomie: bei kleinen Parenchymsteinen: Stichincision mit der Stahlsonde radiär durch das Parenchym auf den röntgenologisch georteten Stein zu und Extrahieren mit einem Zän-
gelchen.
- Primäre Nephrektomie bei Steinpyelitis, Pyelonephritis, und Korallenstein.
- Bei doppelseitig rezidivierenden septischen Steinnieren eröffnete Schlagintweit wechselseitig die Nieren. Inoperabel waren Steine bei urämis-
schen Symptomen ohne Oligurie.
- Die totale Anurie bei Nierensteinen erforderte ein sofortiges gezieltes Vorgehen mit dem obersten Grundsatz, Harnabfluß zu erreichen und erst in zweiter Linie die Entfernung der ~~Steine~~, daher Anfertigung einer Becken-Röntgen-Übersichtsaufnahme, doppelseitiges Ureterkathetern und Umgehen der Steine, um den Abfluß in Gang zu bringen, Legen eines Harnleiterverweilkatheters, wenn Abfluß erreicht wird und vergleichende Funktionsprüfung. Durch dieses Vorgehen mußte

die Frage geklärt werden, ob beide Nieren mechanisch durch Steine gesperrt, oder eine mechanisch gesperrt und die andere reflektorisch anurisch war. Man sollte zuerst die noch besser erhaltene und zuletzt versagende Niere eröffnen. Führt das Ureterkathetern nicht zum Harnabfluß, muß sofortige Nierenbeckendrainage durch die Miniaturnephrotomie durchgeführt werden. Bei Uretersteinen führte Schlagintweit die Ureterolithotomie mit Längsschnitt des Ureters über dem Stein durch. Auch tiefsitzende Harnleitersteine behandelte er lieber durch Schnitt, nachdem er bei ca. 30 Fällen versucht hatte, sie instrumentell durch die Schlinge zu lösen, was nur 2 x Erfolg gebracht hatte. Mit der Mathieu'schen Zange gelang es ihm bei 5 von 15 Fällen. Zweimal gelang ihm eine Lithotripsia ureteralis. Nachdem bei einem Fall bei dem Lösungsversuch mit der Mathieu'schen Zange der Ureter verletzt worden war und anschließend die Ureterolithotomie doch gemacht werden mußte, gab er die Lösungsversuche auf 221).

Eigene Statistik: 222) Von 1899 bis 1914 behandelte er 326 Fälle mit Nieren- oder Blasensteinen: davon war ein Patient 7 Jahre alt, 16 Patienten zwischen 30 und 40 Jahren, 38 zwischen 40 und 50 Jahren, 81 zwischen 50 und 60 Jahre, 119 zwischen 60 und 70, 62 zwischen 70 und 80 und 8 Patienten zwischen 80 und 90 Jahre alt. Auf 326 Fälle kamen 4 Frauen, davon 2 Fremdkörpersteine. Art der Steine: 256 Urate, 70 Phosphate, 216 Steine aus der Niere herabkommend, davon 212 Urate, 4 Phosphate. In der Blase entstanden 110 Steine, davon 44 Urate, 66 Phosphate.

Er folgerte daraus: Die Niere ist die Quelle der meisten Steine, Phosphate entstehen fast nur sekundär in der Blase selbst.

Ursachen des Nichtabgehens: in 194 Fällen Prostatahypertrophie (143 Urate, 51 Phosphate). 12 Strikturen der Urethra (2 Urate, 10 Phosphate). 10 Blasenlähmungen durch Apoplexie oder Tabes dorsalis (5 Urate, 5 Phosphate). 62 mal schlechte Kontraktion der Blase mit Ureterpastik. 5 mal Ureterstielstein, Enge der Pars prostatica, Trabekelblase, Stein mit Blasentumor. 7 Fremdkörpersteine.

Bei 48 Patienten lithotribsierte Schlagintweit ohne Anästhesie, in 4 Fällen mit Äthernarkose, 75 x mit "Chloroformisation à la Reine", 12 x Lumbalanästhesie, 101 x Antipirin-Morphium-Clystier, 26 x mit 2 %iger Novokain-Anästhesie der Blase und Harnröhre, 30 x Kombination von Antipirin-Morphium-Clystier und Novocainfüllung der Blase, 1 x mit Morphinum-Skopolamin-dämmerschlaf, 3 x Beginn der Lithotripsie in Lokalanästhesie und Vollendung in Ätherrausch. Während der Nachbehandlung traten Komplikationen auf: 2 x durch Epididymitis, 16 x durch Cystitis als traumatische Operationsfolge, bei vorher aseptischer Blase, 1 x durch Blutung, 3 x durch Steineinklemmung in der Harnröhre, 1 x durch Damminfiltration, 2 x durch Enuresis, 2 x Ureter-Stein-Koliken bis zum 6. Tag nach Lithotripsie, 4 x Strikturen als Spätschäden nach der Lithotripsie, 25 x waren zwei Lithotripsiesitzungen für einen Stein notwendig. 22 x wurde bei der 2. Sitzung nur der Aspirator verwendet.

Bei den aufgeführten 326 Fällen waren 4 Todesfälle; ein 74-jähriger Patient starb an Herz-

insuffizienz, der 2. Patient an schon vorher bestehender Sepsis, ein 39-jähriger Patient an reflektorischer Anurie durch Uretersteineinklemmung und ein 77-jähriger Patient starb an Divertikelstein bei Prostatahypertrophie. In 20 Fällen traten Rezidivsteine auf, & wurde gleichzeitig mit der Stein-entfernung die Prostataektomie durchgeführt und 6 x der Stein mit Sectio alta entfernt. 1934 veröffentlichte Schlagintweit eine 2. Statistik, an 800 Blasensteinoperationen von 1894 bis 1934 ²²³): davon wurden 775 durch Lithotripsie entfernt, 20 durch Sectio alta, 1 Stein durch Sectio perinealis lateralisata, 3 Fälle waren inoperabel wegen Prostatahypertrophie und Urosepsis und Herzinsuffizienz. Die Diagnose wurde bei allen 800 Fällen mit dem Cystoskop gestellt. Der schwerste Uratstein wog trocken 350 g, das schwerste Phosphat 185 g. Fast alle 780 Lithotripsien wurden mit dem Lithotriptor Modell Collin Nr. 1 von Guyon durchgeführt. Bei 9 Fällen waren 2 Sitzungen erforderlich. Schlagintweit mußte 3 Todesfälle verzeichnen:

1. nach Sectio alta durch Embolie
2. nach Lithotripsie bei Urosepsis
3. durch Embolie nach 3/4 Jahr bei Eröffnung einer Suppuration des Cavum Retzii.

Durchschnittlich dauerte eine Lithotripsie eines wohnußgroßen Uratsteines 20 Minuten. Bei 21 Patienten führte Schlagintweit eine suprapubische Prostataektomie und Steinentfernung durch, weil die Prostatahypertrophie im Vordergrund stand.

3.3.4 Therapie der Blasensteine

Schlagintweit wandte modifiziert die Technik der Lithotripsie nach Guyon an, bei dem er sie 1901 erlernt hatte ²²⁴⁾. Er benutzte auch weitgehend dessen Instrumentarium: Lithotriptor Modell Collin Nr. 1, dessen Schnabel Charr. Nr. 22 entspricht, mit Reliquet-Gebiß. Dieser Lithotriptor war ursprünglich der von Civiale, den Collin, der Instrumentenmacher Guyons, modifiziert hatte ²²⁵⁾. Selten wurde der Lithotriptor Modell Collin Nr. 2 Carr. 26 angewandt und nie Instrumente über Carr. Nr. 26. Aspirationskatheter Nr. 26 von Biglow, modifiziert von Thomson und Guyon mit 2 Augen. Alexander Blasenspritze mit 150 cm³ Kapazität mit aufgebohrtem weitem Spritzenloch. Reichliche Anwendung von Kathetergleitmitteln aus der Ludwigsapotheke, München, Neuhauser Straße, von dem er vor jeder Einführung 20 cm³ in die Urethra einspritzte. Spülungen wurden mit Oxyzyanat 1:4000 durchgeführt.

Eine Vorbereitung der Blase oder Harnröhre waren nach seiner Meinung nicht erforderlich. Lagen Strikturen oder Klappen vor, nahm er in einer Sitzung mit der Lithotripsie die Urethrotomie mit dem Beniqué-Tranchant vor ²²⁶⁾. In späteren Jahren machte er in solchen Fällen die Meatotomie und in einem Fall die totale interne Urethrotomie nach Maisonneuve ²²⁷⁾. Die Anästhesie führte er ganz unterschiedlich aus, doch hatte er anfangs eine Vorliebe für die "Chloroformisation à la Reine" ²²⁸⁾, wie sie Guyon und sein Schüler Albarran vornahmen, weil während der Lithotripsie die Tiefe der Narkose so oberflächlich wie möglich dem jeweiligen Operationsschritt ange-

paßt werden konnte 229). 1934 hatte er die Chloroformisation Guyons und Marcs Kokainisierung der Blase wegen der Toxizität verlassen 230).

Schlagintweit stellte aber nach wie vor folgende Forderungen an eine optimale Blasenanästhesie bei der Lithotripsie:

1. während der Operation regulierbare Halbnarkose
2. keine Schmerzhaftigkeit der Blase
3. Reflexerregbarkeit des Detrusors vesicae
4. zwei während der Operation regulierbare Blasen Zustände,
 - a) kugelige, dickwandige Krampfstellung bei mittlerer Blasenfüllung während der Steinertrümmerung
 - b) halbelastischer, nicht ganz schlaffer Sack beim Auspumpen.

Diese Forderungen erfüllte das Avertin als Basisnarkose bei intakter Nierenfunktion. Bei Kontraindikation des Avertins gab er 1 Stunde vorher 8 ml Scharff'sche Lösung (Morph. hydrochlor. 0,3 - Atrop. sulf. 0,01-Sol. Antipyrin. 10 % ad 100) rectal und 1/2 Stunde vorher 0,75 Panthesin in 50 ml H₂O intravesical. Genügten diese Basisnarkosen nicht, wurde Äther benutzt 231).

Technik der Lithotripsie: Horizontale Lagerung des Patienten mit leicht gespreizten Schenkeln und der Symphyse in Ellbogenhöhe des rechts stehenden Operateurs. Vor jedem Gerätwechsel wurde 20 ml Gleitmittel in die Urethra gespritzt. Zunächst halbe Füllung mit Oxyzyanat 1:4000, dann Einführung des Lithotriptors und Brechen des Steines bis keine Trümmer mehr zu fassen sind; anschließend "grandes Lavages" mit Oxyzyanat; Aspirationskatheter und Alexan-

der-Spritze, bis keine Trümmer und kein Blut mehr kommt. Der Aspirationsballon wird bei gefüllter Blase an den Katheter angesteckt und gepumpt, bis keine Trümmer mehr anschlagen. Abschließend Kontrolle mit dem Stethoskop beim Pumpen, ob sich noch Reste in der Blase befinden. Wenn ja, nochmaliges Lithotripsieren, wenn nein, Nachschau mit dem Cystoskop in einigen Tagen bis 4 Wochen. Das Krankenlager dauerte nach der Lithotripsie einige Stunden bis 14 Tage, je nach Hämaturie. Einige Nuancen erwähnt Schlagintweit aufgrund von im Laufe der Zeit gemachter Erfahrungen: Die Blase kann während der Lithotripsie um so leerer sein, je toleranter sie ist. Nach dem Bruch nie das Instrument ganz zuschrauben, ohne die Lage des Schnabels verändert zu haben. Ganz große, nicht ganz drehrunde Steine am Rand anbrechen.

Sehr harte Steine zerspringen oft, wenn sie einem Dauerdruck durch den Lithotriptor ausgesetzt sind ²³²⁾.

Komplikationen während der Lithotripsie sind zu erwarten bei Divertikelsteinen, bei Prostatahypertrophie und Balkenblase, das Instrument kann abbrechen oder der Schnabel sich aufbiegen. Wenn eine Sectio alta erforderlich war, wandte er immer die Sectio alta longitudinalis suprapubica an, ohne Mastdarmaufblähung und ohne Füllung der Blase mit Luft; Drainage nur bei Abflußhindernissen, Naht nur mit Katgut. Bauchdecken-Anästhesie erfolgte mit Novocain ²³³⁾. Legen eines Verweilkatheters bis die Blasen- und Bauchwunde primär verheilt war,

verbesserte die Wundheilung und verkürzte die Bettlägerigkeit erheblich, so daß der Lithotripsie seit 1910 auch durch die verbesserte Lokalanästhesietechnik mit Novocain eine echte Rivalin entstand ²³⁴⁾. Bis dahin war die Lithotripsie als Methode 1. Wahl anzusehen. Die cystoskopische Lithotripsie lehnte Schlagintweit wegen Materialschwäche der Geräte ab, und weil sie gegenüber der "blinden" Lithotripsie keine Vorteile bringt: weder kürzere Operationszeit, noch bequemerer Arbeiten, noch seltenere Instrumenteneinführung, noch kürzere Rekonvaleszenz, noch größere instrumentelle Sicherheit, noch bessere Mortalität. Der cystoskopische Lithotriptor ist wohl evtl. zur Nachsuche bei der Schlußkontrolle brauchbar, zur Zertrümmerung kleinerer weicher Steine aber doch entbehrlich ²³⁵⁾. Morgenstern hielt in seinem Aufsatz allerdings die cystoskopische Lithotripsie für zukunftsträchtig und die "blinde" verdrängend, womit er aus heutiger Sicht recht behalten hat ²³⁶⁾.

3.4 Technik der Diagnose und Harnleiterbehandlung bei Nierentuberkulose ²³⁷⁾

Das unter diesem Titel 1912 von Schlagintweit vorgelegte Buch umfaßt 137 Seiten und wurde hauptsächlich anhand eigener Erfahrungen und eigenem Krankematerials von 108 Urogenitaltuberkulosen im Vergleich mit Veröffentlichungen namhafter zeitgenössischer Urologen verfaßt. In einer 20 Seiten umfassenden Einleitung werden die pathophysiologischen Grundlagen und die klinische Statistik, teils ausführlich erläutert, teils tabellarisch dargestellt. In jedem Abschnitt über Häufigkeit, Geschlechtsverteilung, Alter, Körperseite, Entstehung und Ausbreitung, Erfahrungen bei Tierexperimenten und pathologische Anatomie sind die Erfahrungen, Meinungen und Statistiken von Fachkollegen vorangestellt und anschließend wird die eigene Meinung und Erfahrung damit verglichen. Ein sehr umfangreiches Literaturverzeichnis von über 100 Titeln unterstreicht den Wert dieser Schrift. Schlagintweit vertrat schon 1912 die Meinung, daß die Harnwegs-Tbc fast ausschließlich hämatogen und lymphogen in den Harnapparat eindringt und sich ausbreitet. Das Werk gliedert sich weiter in einen relativ kurzen Abschnitt über die Symptome, dann einen 30 Seiten umfassenden Teil über die diagnostische Technik. Den Hauptteil, die zweite Hälfte des Buches, nehmen Beschreibungen der operativen Technik der Nephrektomie und speziellen Urethrotomie und der endoureteralen Nachbehandlung ein. Über den Sinn und Zweck dieser Arbeit schreibt er selbst im Schlußwort ²³⁸⁾: "Mir kam es hier mehr darauf an zu zeigen, was überhaupt mit einiger Aussicht auf Erfolg im Rahmen der Verhältnisse möglich war und ist. Es sollten hier nur einige brauchbare

Methoden systematisch entwickelt und vielleicht einige Grundlagen unseres Handelns am tuberkulösen Ureter angedeutet werden. Diese Arbeit war nur dann nicht undankbar, wenn von Operateuren mit größerem Material eine Serie von Versuchen in immer der gleichen Technik angestellt wird." Schlagintweit hatte selbst nur 32 Patienten mit Harnwegs-Tbc operiert.

Im Abschnitt über die Symptome der Urogenitaltuberkulose werden einige ganz typische Symptome wie Pollakisurie, Miktionschmerz, trüber Urin und keine Bakterien bzw. Tuberkelbazillen, "feine hellrote Blutfetzchen", und Harnträufeln beschrieben. Pathologische Stoffwechselleistungen der Niere durch Schädigung des Tubulus- und Glomerulum-Systems und Kompensation durch das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System wie: Polyurie der erkrankten Niere, Oligurie der gesunden Seite und renaler Hypertonus bezeichnet er als nervöse reflektorische Symptome und erklärt sie mechanisch. Für entscheidend hält er die Früherkennung und Indikation zur frühzeitigen Nephrektomie ²³⁹): "..., man muß in einem Frühfalle eine noch kaum erkrankte Niere entfernen, nicht so sehr, weil diese erkrankt ist, sondern weil man nur dadurch die Blase vor einer Ansteckung einigermaßen bewahren kann man kann ganz generell sagen, je weniger die Blase ergriffen ist, desto dringlicher ist die Operation." Eine nichtoperative Behandlung der Nieren-Tbc, wie die damals erprobte Tuberkulinbehandlung, lehnte er ab.

Im 2. großen Kapitel über diagnostische Technik stellt der Verfasser 3 Schritte der Diagnose auf:

1. sei der sichere Nachweis, daß überhaupt eine Urogenital-Tuberkulose vorliege durch den Praktiker sehr leicht durch eine Verimpfung auf Meerschweinchen und durch mikroskopischen Bazillennachweis im Urin, Calmette'sche Konjunktivalreaktion und Tuberkulinprovokation möglich.
2. alle anderen Methoden seien eine weiterführende topische Diagnostik zur Lokalisation des Krankheitsherdes im Urogenitalsystem. Die Methoden der Wahl sind Cystoskopie, Ureterenkatheterismus, und Indigokarmininjektion mit Nieren und Harnleiterpalpation und evtl. Röntgenaufnahmen. Führt diese Methode nicht zum Ziel, sei
3. eine probatorische Freilegung einer oder beider Nieren kombiniert mit einer operativen Funktionsprüfung der Nieren durch Indigokarmininjektion anzuschließen.

Schlagintweit empfiehlt entgegen der Meinung anderer Urologen bei dieser Methode zuerst die Freilegung der vermutlich kranken Niere, um diese nach Funktionsprüfung gleich zu entfernen ohne die andere Seite zu eröffnen. Als Diskussionsgrundlage und Beispiele werden 5 Fälle aus der eigenen Praxis mit Ureterenkatheterismusprotokollen und Operationsberichten aufgeführt. Seine Technik des Ureterenkatheters beschreibt Schlagintweit in 26 Schritten bis ins kleinste Detail. Die Technik der Nephrektomie im Hauptteil beschreibt er wieder mit 3 Beispielen aus seiner eigenen Praxis, gibt eine Zusammenstellung der benötigten Instrumente und weist bei der Operationstechnik auf besondere Schwierigkeiten und deren Lösungen hin. Er wandte hauptsächlich die extraperitoneale bzw. retroperitoneale lumbale Technik an und benutzte zum Abklemmen des Nierenstiels Verweilklemmen. Der Patient wurde seitlich auf eine hölzerne Nierenrolle gelagert,

die er in einer Wiener Privatklinik gesehen und übernommen hatte.

Die Nephrotomie, Nephrostomie, partielle Resektion und Exklusion der Niere bezeichnet er als Notbehelfe bei doppelseitiger Nieren-Tbc. ²⁴⁰⁾

Die Versorgung des Harnleiters war bei der operativen Behandlung der Urogenitaltuberkulose die schwierigste Aufgabe. Man konnte ihn total extirpieren, teilexstirpieren, versenken, an das Unterhautgewebe annähen oder aus der Nephrektomie-wunde herausleiten. Die verschiedenen Methoden werden ausführlich diskutiert und gegenübergestellt, indem er die Vertreter der verschiedenen Methoden zitiert und deren Erfahrungen und Erfolge bzw. Mißerfolge aufführt. Schlagintweit selbst hat die Totalexstirpation nicht durchgeführt. Er vertritt die Meinung, die Totalexstirpation und die partielle Resektion ~~sein~~ nicht von Vorteil gegenüber den verbleibenden Methoden. Die sekundäre Ureterektomie sei nur bei Ureterfisteln, die länger als 4 Jahre bestehen, zu empfehlen.

Er betont die Schwierigkeit, zusammenfassend über die Uretertechnik zu berichten, weil die umfangreiche vorhandene Kasuistik sehr zerstreut und in den Detailangaben unvollständig vorliege. Er versuchte verschiedenste Aussagen, wie Dauer des Heilverlaufes, Fistelbildung, Wundheilung, später wieder auftretende Tbc in Tabellenform zusammenzustellen. Er gab den Versuch aber wegen der Form und Lücken der meisten Veröffentlichungen auf. "Ja selbst in meinen eigenen früheren Protokollen vermisste ich heute eine Reihe nötiger Angaben, so daß ich von meinen eigenen Operationsfällen für die Beurteilung der Uretertechnik nur 23 genügend genaue Krankengeschichten habe." ²⁴¹⁾

Als Hauptergebnis seiner literarischen Nachforschungen und eigenen Erfahrungen stellt er fest, daß die Versorgungsart des Harnleiters keinen wesentlichen Einfluß auf die nächsten Folgezustände der Operierten habe und die meisten Operateure deshalb von den radikalen Methoden abgekommen sind ²⁴²⁾.

Die fast immer eintretende Komplikation der Uretertechnik ist die Fistelbildung. Die verschiedenen Arten beschreibt er im Gegensatz zu seinen Kollegen als Wundfistel, Ureterwundfistel, Ureterfistel, Rücklauffistel und einen zur Fistel gemachten Ureter. Alle Fisteln heilten nach Wochen bis Jahren.

Er beschreibt dazu in 9 Arbeitsschritten sein Vorgehen bei der Versenktechnik und veranschaulicht durch Fallbeispiele seine Arbeitsmethode. ~~Er~~ die beste Methode hält er allerdings das ebenfalls beschriebene Vorstehenlassen des eingenähten temporär verschlossenen Harnleiters, weil man das Lumen von außen desinfizierend nachbehandeln kann und damit die Ureter-Tbc und die Rücklauffistel unter Kontrolle hat.

Diese endoureterale Nachbehandlung des angenähten Ureters ist der Inhalt des letzten Kapitels: Schlagintweit ging dabei medikamentös desinfizierend oder verätzend durch die Janetsche Miniaturdruckspülung mit Argentinum nitricum, Lugolscher Lösung oder Jodtinktur vor. Eine Anästhesie war meist nur bei ätzenden Mitteln nötig. Er wandte instrumentelle Methoden wie die Curette, die Endogalvanokaustik oder die Elektrolyse an. Die elektrolytische Zerstörung des Ureterlumens war seine spezielle Methode und war seines Wissens noch nicht von anderer Seite versucht worden. Auf die ausführliche Beschreibung dieser Methode folgt ein Fallbeispiel aus seiner Praxis.

3.5 Prostatahypertrophie

3.5.1 Behandlung mit Röntgenstrahlen

Mit Röntgenstrahlen behandelte Schlagintweit 53 Patienten mit Prostatahypertrophie von 1905 - 1906 nach einer Wiener Veröffentlichung über diese Methode ²⁴³⁾. Von den 53 Fällen wurde bei 23 nach 3 Sitzungen keine Reaktion beobachtet und die Behandlung als erfolglos abgebrochen ²⁴⁴⁾.

Bei 30 Fällen wurde die Behandlung unter genauer Kontrolle mit 6 - 10 Sitzungen durchgeführt.

Davon hatten Prostatahypertrophie Stad. I, II und III je 10 Patienten im Alter von 50 - 84 Jahren. Behandlungsmethode: Horizontale Seitenlage, Einfetten des Anlringes mit Vaseline, Einführen eines speculums vom 25 mm Außendurchmesser, rectal-digitale Abtastung der Prostatafigur. Einführen des metallenen, schief abgeschrägten Speculums vom 5 - 10 cm Länge mit dickem Obturator ²⁴⁵⁾. Anlegen der Grundlach-Röhre auf 17 - 20 cm Entfernung von der Prostata. Härtegrad 7 des Wehneltschen Kryptoradiometers. Dauer der 1. Sitzung 5 Minuten, der 2. Sitzung 7 Minuten, der folgenden 8 - 10 Minuten. Durch diese Methode wurde kein Rückgang des Resturins erreicht, kein Einfluß auf die Cystitis. Kurzzeitig verschwanden die Beschwerden bei Kranken mit Prostatismus ohne Cystitis oder Resturin. Somit hielt Schlagintweit die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie für erfolglos.

3.5.2 Eigene Statistik

In 43 Jahren von 1895 - 1938 hat Schlagintweit 3.000 Prostatiker behandelt. Aufzeichnungen existieren allerdings nur noch über die letzten 800 Fälle der letzten 18 Jahre, also von 1920 - 1938, die folgendermaßen behandelt wurden:

suprapubische bimanuelle Prostatektomie nach Freyer mit einer Mortalität von 5 - 6 % bei 200 Fällen, endourethrale elektrokaustische Prostataresektion bei Sphinktersklerose bei 20 Fällen, konservative Behandlung bei 580 Fällen (246).

In einer anderen Arbeit ²⁴⁷⁾ geht er von 700 Fällen mit Prostatahypertrophie aus in 15 Jahren von 1920 - 1935, d.h., er hat von 1935 bis 1938 in 3 Jahren 100 Fälle behandelt. Die genannten 700 Fälle teilen sich folgendermaßen auf:

suprapubische Prostatektomie nach Freyer - 160
davon gestorben - 12

davon mit Steinen - 40

Prostata-Atrophie (Sphinktersklerose) - 22

Prostatakarzinome - 70

Seit 1900 versuchte Schlagintweit alle Modifikationen der Blasenhalsschirurgie mit anfangs einer Mortalität von 10 - 16 %. Eine Herabdrückung der Mortalität gelang ihm erst seit seiner konsequenten Anwendung der suprapubischen Prostatektomie nach Freyer, die dadurch bei den letzten 50 Fällen auf 3 - 5 % herabsank.

3.5.3 Konservative Behandlungsmethodik

Aus der Statistik ersieht man, daß Schlagintweit die konservative Behandlung der Prostatahypertrophie für die bessere hielt. Er ver-

urteilte die Operationswütigkeit der dreißiger Jahre und führte sie auf die Misere in der urologischen Ausbildung in Deutschland zurück, durch die die Behandlung hauptsächlich von Chirurgen gemacht wurde, ohne strenge Indikation und ohne eine einleitende konservative Behandlung aus Mangel an Kenntnis und Überbewertung der Erfolgsaussichten durch die operative Technik ²⁴⁸⁾. Folgende konservative Techniken wandte er selbst an:

Katheterismus, Hormonbehandlung, Vasektomie, Röntgenbestrahlung, Punktion, suprapubische Fistel, Verweilkatheter.

Zunächst zur Katheterbehandlung: jede operative Behandlung hat zunächst mit der längeren Katheterisierung der Harnblase zu beginnen, um damit den konstanten Restharn festzustellen, der als eigentliches Maß für den Grad der Abflußbehinderung durch die Prostata gilt ²⁴⁹⁾. Allein durch diese Methode verschwindet der Restharn oft schon bis auf ein Minimum, wenn er nicht sogar für Monate oder Jahre völlig verschwindet und damit keine OP-Indikation mehr besteht. Er entschloß sich nur dann zu operativem Vorgehen, wenn das Kathetern keinen dauerhaften Erfolg brachte und die Patienten nicht beschwerdefrei wurden, was nur bei 1/4 seiner Patienten vorkam. Fast immer führte er die längere Katheterbehandlung mit einem Thiemann-Katheter bis Nr. 18 Charr. durch, lehrte den Patienten, die Maßnahme selbst durchzuführen, unterrichtete in der Desinfektion und sauberen Durchführung und sah in der Dauerselbstkatheterisierung die Möglichkeit einen für den Patienten erträglichen Zustand bei täglich einmaligem Kathetern, wöchentlich einmaligem Spülen mit Amphotropin, nachts bis zu einmal,

tags 3 - 4 mal schmerz- und blutfreiem spontanem Urinieren und Fieberfreiheit zu erreichen. Alle anderen genannten Methoden hatten nach seiner Erfahrung nur in ganz frischen Anfangsstadien subjektive Besserung gezeigt. Die Behandlung mit Sexualhormonen besserte neben dem Verschwinden der subjektiven Beschwerden oft auch auffällig das allgemeine Lebensgefühl der alten Leute, besonders in der sexuellen Sphäre²⁵⁰).

Die Benutzung des Dauerkatheters und die suprapubische Fistel mit Pezzerkatheter hielt er wegen der großen Infektionsgefahr nicht für sinnvoll und durchführbar, weil keine periodische Blasenentleerung wie bei der natürlichen Miktion und beim Kathetern erreicht wurde²⁵¹).

Bevor er sich zu einer operativen Behandlung entschloß, mußten alle verdunkelnden Begleitumstände der Prostatahypertrophie durch eine vorhergehende länger dauernde konservative Katheterbehandlung geklärt werden. Diese aufschiebenden Umstände waren folgende²⁵²):

1. die sklerosierende Prostatitis (Sphinktersklerose oder Prostata-Atrophie).

Diagnose durch Röntgen-Luftaufnahme der Blase, Therapie der Wahl: Prostataresektion, Keilschnitt nach Rubritius oder Quetschrinnen nach Frank.

2. Prostatakarzinom: Therapie der Wahl: suprapubische Prostatektomie.
3. Seine bei Prostatahypertrophie: Behandlung durch Lithotripsie oder Sectio alta und Prostataektomie.
4. Strikturen in der hypertrophischen pars prostatica urethrae
5. Blasendivertikel
6. Blasenatonie durch Tabes oder nach Apoplexie: Therapie der Wahl: Prostataresektion.

7. Varixblutung aus der Oberfläche des Adenoms. Die strenge Indikation zur Operation ist gegeben bei vorgenannten Punkten, bei zunehmendem Rest-Urin und versagender Katheterbehandlung. Das alleinige Vorliegen einer Prostatahypertrophie war für ihn keine Indikation zur Operation, sondern für eine konservative Katheterbehandlung ²⁵³⁾. Er wandte hauptsächlich zwei operative Methoden an: die suprapubische bimanuelle Prostatektomie nach Freyer und die endourethrale elektrokaustische Prostataresektion nur bei Sphinktersklerosen. Die suprapubische Prostatektomie wäre Therapie l. Wahl bei Prostatahypertrophie gewesen, wäre es gelungen, die unmittelbare Blutung postoperativ zu vermeiden und damit die Mortalität unter 5 % zu drücken. Die Prostataresektion wandte er nur bei Sphinktersklerose an, weil ihr Dauererfolg unsicher war, die Hospitalisation lange dauerte, der Operation oft eine Cystitis nachfolgte, weshalb trotz vermindertem Restharn das Kathetern und Spülen notwendig blieb.

3.6 Cystitis

3.6.1 Systematik

Die Cystitis verschiedenster Ursache war eine der häufigsten Erkrankungen in Schlagintweits Praxis, über deren Wesen, Diagnostik und Therapie er differenzierte Anschauungen hatte ²⁵⁴⁾, die sich mit denen Kaspars weitgehend deckten ²⁵⁵⁾.

Vor der Antibiotikaära war es mit Ausnahme des Tuberkelbazillus unwichtig, welcher Erreger an der Cystitis beteiligt war. Am häufigsten spielte sie sich am Blasenboden, im Trigonum oder am Ostium urethrae interna ab und ging selten tiefer als bis zur Muskularis. Die häufigsten Ursachen waren Retention, Kongestion und Trauma. Schlagintweit vertrat die Meinung, die Harnwege seien nie steril; Erreger gelangen durch Instrumente aufsteigend, durch hämatogene Einschwemmung durch die Nieren, absteigend und auf lymphogenem Wege vom Darm her in die Harnwege. Bei der Cystitis sei die Blase als muskulöse Wundhöhle anzusehen und entsprechend zu behandeln, daher der Fundamentalsatz der Cystitisbehandlung: "Erhaltung, Unterstützung, Vermehrung des freien Harnabflusses."

Er unterschied 7 Arten der Cystitis:

1. aufsteigende Cystitis aus der Nachbarschaft besonders bei Frauen,
2. idiopathische Cystitis durch Erkältungen, scharfe Speisen, Medikamente u.a.,
3. traumatische Cystitis bei Steinen, Fremdkörpern.
4. Retentionscystitis bei Phimose, Strikturen, Prostatitis, Prostatahypertrophie, Tabes,
5. Cystitis bei Blasentumoren
6. tuberkulöse Cystitis meist absteigend aus der Niere kommend
7. Symptomatische Cystitis bei Typhus, Pyämie ect.

Die Diagnose wurde nicht durch die Cystoskopie sondern durch ausführliche Anamnese, sorgfältigen Status und Urinkontrolle gestellt, bis die Ursache der meist sekundären Formen klar zu erkennen war und die gezielte Therapie beginnen konnte.

Die meisten Cystitisformen sind in ihrer Symptomatik gleich, außer einigen Formen mit charakteristischen Symptomen:

1. Cystitis bei Stein oder Fremdkörper: Bewegungsschmerz,
2. bei Retentionscystitis: chronische Beschwerden,
3. bei Tumorcystitis: Hämaturie,
4. bei der tuberkulösen Cystitis: saurer Urin, Hämaturie, Fibrinfasern, terminaler Miktionschmerz, schlechter Allgemeinzustand, Nachweis säurefester Stäbchen.

Einige Krankheitsbilder wurden nach seiner Erfahrung häufig mit echter Cystitis verwechselt:

1. Die Bakteriurie: Therapie 1 x 1 - 2 g Urotropin intravesikal genügten meist.
2. Nervöse Reizblase: Schlagintweit stellte Erfolg durch Hypnose fest.
3. Uratische Reizblase bei Gichttheridität: Alkalisierung des Harns durch Natriumbikarbonat und Diät hielt die Urate in Lösung.
4. Reizblase bei Phosphaturie: Säuerung des Harn durch Acid. hydrochl. dil. 3x/die 15 Tropfen in Wasser, 1/2 Stunde nach den Mahlzeiten und Diät hielt die Phosphate in Lösung und beseitigte die Reizblase.
5. Reflektorischer Miktionsreiz bei Abflußhindernissen der obersten Harnwege.
6. Prostatismus bei Prostatahypertrophie ohne Restharn: Harnantiseptica und warme Umschläge beseitigten den Reiz auf den Detrusor.

3.6.2 Therapie der akuten und chronischen Cystitis

Bevor Schlagintweit mit einer spezifischen Cystistherapie begann, mußten die primären Ursachen beseitigt werden.

Die akute Cystitis ging er nach folgendem Schema an: bei Fieber Bettlägerigkeit, feucht-heiße Umschläge, reizfreie Kost, Harnantiseptica: oral Urotropin, Helmitol, Hetralin-Tabletten, Acid. camphoricum, Tee aus Fol. Bucco und Fol. uvae urs.

bei Schmerz Klistier mit Antipyrin und Opiumtinktur. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen: Spülungen mit Hydrarg. oxycyanat. 1:1000.

Bei Therapie~~resistenz~~sistenz: Verweilkatheter nach eigenem Prinzip für 24 Stunden ²⁵⁶⁾.

Bei chronischer Cystitis wurde hauptsächlich mit Spülungen mit Hydrarg. oxycyanat. 1:5000 und arg. nitr. 1:1000 pro Sitzung 500 ccm bis 1 l langfristig bis zu 1/2 bis 3/4 Jahr behandelt. Der Patient wurde nach Möglichkeit im Selbstkathetern geübt. Empfohlen wurden reizfreie Diät und Trinken großer Mengen Wildunger- und Wernarzer Wasser. Bei Auftreten von Blasenblutungen gab Schlagintweit 5 Tropfen Suprarenin bor. 1:1000 Hoechst auf 5 - 20 ccm Wasser intravesical. Bei profusen Blutungen wurde die Blase durch Legen eines Verweilkatheters druckentlastet.

Bei der tuberkulösen Cystitis, falls sie nicht durch Nephrektomie erfolgreich behandelt werden konnte, sondern von Prostata oder Hoden ausgegangen war, erwies sich fast jede Therapie als erfolglos, bis auf einige Fälle, bei denen durch Spülungen mit Hydrarg. oxycyanat. oder Sublimat oder Dermatolmixturen oder Lugol'scher Lösung zumindest Beschwerdefreiheit erreicht wurde.

3.7 Phosphaturie

Bis 1911 hatte Schlagintweit ca. 280 bis 300 Kranke mit Phosphaturie behandelt und 20 davon operiert²⁵⁷⁾. Die Genese dieser Erkrankung war noch größtenteils ungeklärt und es wurden einige Theorien aufgestellt über die Nierenphysiologie der Phosphatausscheidung und die Ursachen pathologischer Phosphat-sediment- und Steinbildung. Nach seinen Erfahrungen war seine Anschauung völlig identisch mit der Peyer'schen Theorie²⁵⁸⁾, daß irgendwelche, auch ganz entfernte Reize am Urogenitalapparat reflektorisch die Nierenzellen zur Phosphaturie anregen können²⁵⁹⁾.

Diese häufigste Art nannte er neurotisch-funktionelle idiopathische renale Phosphaturie.

Man sollte aber besser alle Phosphaturien als Kalkariurie bezeichnen, weil es sich um eine krankhafte Ausscheidung mehr von Kalk als von Phosphat handle. Er teilte die Phosphaturiker in 5 Typen ein mit steigender Ausscheidungsmenge bis zum Phosphatsteinbildner. Immer ist der Harn alkalisch, indem auch bei normaler Ausscheidung Phosphat ausfällt. Die Ursache für die Alkalisierung kann außer der genannten auch durch alimentäre und blutchemische Einflüsse hervorgerufen werden. Der alkalische Harn wiederum übt Schleimhautreiz aus und kann zur schwersten ammoniakalischen Cystitis oder Pyelitis führen. Wegen dieser empfindlichen Blase sollten nach Möglichkeit keine Manipulationen wie Spülungen oder Cystoskopie unternommen werden. Die Therapie mußte sich deshalb auf die orale Gabe von Salzsäure, Diät mit nicht alkalisierenden Speisen und Gabe von Harn-desinfizientien beschränken, es sei denn, es hat sich bereits ein Phosphatstein gebildet.

3.8 Der Blasenkrebs

3.8.1 Statistik

Nach eigener Statistik bis 1936 an 250 Fällen mit Blasenkrebs trat dieser zu $\frac{2}{3}$ bei Männern und zu $\frac{1}{3}$ bei Frauen aber insgesamt mit $\frac{1}{2}$ % aller Carzinome sehr selten auf ²⁶⁰). Schlagintweit konnte nur 7% seiner Carzinome, kleine mit dem Cystoskop in einem Gesichtsfeld übersehbarer solitärer Blasenpapillome, als gutartig bezeichnen, weil sie durch Elektrokoagulation behandelt werden konnten und bei 10-jähriger Beobachtung kein Rezidiv aufzutreten war. Alle anderen waren oder wurden maligne. Nur 15 Fälle mit schon maligne entarteten gestielten oder aus dem Orificium durch Kauterisation entfernten, kleinen Tumoren hatten den Eingriff für einige Monate erträglich überlebt. Die Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzen der Ureteren in die Haut oder den Darm hatte eine 60 %ige Operationsmortalität. Jede Papillomatose wurde maligne und endete tödlich. Bei den meisten Blasenkrebsen trat der Tod durch jauchige Cystitis mit Urosepsis und Tumorkachexie innerhalb von 1 - 2 Jahren ein. Daraus ergab sich eine genauso schlechte Prognose wie beim Magen-Ca.

3.8.2 Behandlungsmethoden

Schlagintweit zog daraus die Konsequenz, daß der einzige Weg, Blasenkrebs erfolgreich zu behandeln, die Früherkennung sei, also bevor die Papillome maligne entarteten, d.h., bei jeder kleinsten vorübergehenden Hämaturie mußte sofort cystoskopiert werden. Für den Praktiker hieße das sofortige Überweisung bei diesem Symptom an einen Urologen zur Cystoskopie.

Die Therapie staffelte sich folgendermaßen: bei solitären Papillomen Elektrokoagulation mit der Schlinge, wenn man an den Stiel herankommt. Jedes 1/2 Jahr cystoskopische Kontrolle. Bei großen Papillomen, die über 2 - 3 Cystoskop-Gesichtsfelder gehen, Sectio alta in Lokalanästhesie, Abklemmen mit Guyon'scher Tumorklemme, Ausschneiden im Gesunden und Vernähen der Blasenwunde. Damit erreichte er manchmal eine Überlebenszeit von 4 Jahren. Bei noch größeren Flächen Resektion im Gesunden, wenn der Tumor im Scheitel oder oberen Quadranten der Blase sitzt, sonst Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in die Haut oder in den Darm. Die Radiumbehandlung mit Einlegen einer Radiumpatrone in einen Verweilkatheter war erfolglos. Bei vorneherein bekanntem Blasenkrebs empfahl er wegen der fast aussichtslosen operativen Behandlung, darauf zu verzichten und medikamentös symptomatisch mit Narkotika, Kathetern oder Verweilkatheter bis zum Ende dem Patienten ein erträgliches Dasein zu verschaffen.

3.9 Urologische Röntgentechnik

Schon 1914 hatte Schlagintweit einschlägige Erfahrungen im Röntgen der harnableitenden Wege. So empfahl er damals, sich nicht nur auf die Röntgendarstellung der Harnleitersteine zu beschränken, wie es damals üblich war, sondern auch Blasensteine zur Darstellung zu bringen, wie es schon Otis ²⁶¹⁾ 1896 empfohlen hatte. Er gab auch gleich an, daß Harnsäuresteine zu durchsichtig, besser Oxalat-, am besten Phosphatsteine darzustellen seien. Er empfahl, die Beckenleeraufnahme bei ganz horizontaler Lage mit schräg von oben nach unten gerichteter Röhre bei leerem Darm und leerer Blase zu machen. Von einer guten Blasensteinaufnahme sei zu verlangen: "eine tadellos feine Knochenstrukturzeichnung des Steißbeines, Einstellung des knöchernen Beckenringes ganz auf die Kante, damit er den schmalsten Schatten ohne Abbildung der foramina obturatoria gibt ²⁶²⁾". 1921 publizierte er eine neue röntgenologische Methode zur Messung von Blasendivertikeln, die bisher durch Blasenfüllung mit Kollargol oder Jodkali durchgeführt wurde. Die Messung erfolgte mit einem röntgenpositiven Ureterkatheter, der einen Stahldraht als Divertikelmeßdraht führte und der sich der Divertikelwand anlegte ²⁶³⁾.

1932 entwickelte er einen urologischen Röntgentisch aus der Notwendigkeit, bequem, schonend, ökonomisch und schnell Nieren- und Blasenaufnahmen, sowie intravenöse und retrograde Pyelocystographien, zugleich mit Cystoskopie und Ureterenkatheterismus ohne Tischwechsel ausführen zu können ²⁶⁴⁾.

Er führte beispielsweise zur Nierensteindiagnostik auf diesem Tisch folgendes Programm durch: Cystoskopie und Ureterenkontrastkatheterismus, dann Beckenübersichtsaufnahme, anschließend Luft- oder

Sauerstoff-Füllung beider Nierenbecken bei Verdacht auf lichtdurchlässige Urate, Füllungsu-
graphie bei Verdacht auf Hohlräume um den Nieren-
stein und i.v.-Pyelographie bei negativem Ausfall
der vorgenannten Untersuchungen ²⁶⁵⁾.

Bei Blasensteinen wandte er eine ergänzende rönt-
genologische Methode an, wenn Zweifel über die
wahre Größe und Zahl der Steine bestanden, die
Füllung der Blase mit Sauerstoff und Aufnahme
schräg von oben ²⁶⁶⁾.

1934 berichtete Völcker ²⁶⁷⁾ über Ausflockungs-
gefahren des Thorotrast bei retrograder Nieren-
beckenfüllung. Schlagintweit konnte nach seinen
Erfahrungen nichts darüber berichten, wahrschein-
lich aber, weil er es nur in derhalben Konzen-
tration verwandte, jede Überdehnung des Beckens
vermied und Hydronephrosen nie mit Thorotrast
füllte ²⁶⁸⁾.

Trotzdem stellte er 1936 Blasentumoren nicht
mit Thorotrast in einer speziellen Doppelkon-
trastmethode dar, sondern mit Umbrathor ²⁶⁹⁾.

1938 berichtete er noch einmal über gute Ergeb-
nisse bei seiner Doppelkontrastmethode, diesmal
bei der Prostata aufsitzenden Tumoren ²⁷⁰⁾.

In der gleichen Arbeit beschrieb er sein Ver-
fahren bei Prostatikern den Rest-Harn röntgeno-
logisch festzustellen. Er machte eine intravenö-
se Parabrodil- oder Uroselectaninjektion, ließ
1/2 bis 1 Stunde später so viel wie möglich aus-
urinieren und machte sofort danach eine Blasen-
aufnahme bei 80 cm Focusfilmabstand der Blase.
Dabei entsprach ein Durchmesser des Blasen-
schattens von 10 cm einem Rest-Urin von 280 ccm
²⁷¹⁾.

1928 veröffentlichte er das vorläufige Ergebnis
seiner Experimente mit der Vereinigung der Kon-

trastmedien Luft und Flüssigkeit zu einem Schaum. Seine ersten Versuche machte er mit Gelatine, Hühnereiweiß und Seife und stellte folgende Forderungen an die Mittel: starker Kontrasteffekt wie bei flüssigen Mitteln, Vorzüge der Gasfüllung, völlige Reizlosigkeit, sterilisierbar, kein Bilden von Niederschlägen, komplikationslose Vermischung mit dem Inhalt der Körperhöhlen. Vorteile waren, daß die Gefahren der Luft- oder Gasfüllung herabgesetzt wurden, weil das Schaumkontrastmittel durch die Bläschen elastisch war ²⁷²⁾. 1929 berichtete er über gute Bilder bei der pyelographischen Darstellung einer Cystenniere ²⁷³⁾.

3.10 Anästhesiemethoden in der Urologie

Im Laufe der Jahre entwickelte Schlagintweit seine eigenen Vorstellungen über die Anästhesie des Urogenital-Apparates, die man in einem Satz zusammenfassen kann: "Die Qualität des Urologen ist umgekehrt proportional zur Quantität seiner Anästhetika" (274).

1911 hielt er einen Vortrag im Münchener ärztlichen Verein über die Lokalanästhesie in seinem Fachbereich (275). Für die kleine urologische Chirurgie empfahl er die von Braun in seinem Lehrbuch (276)

beschriebenen Methoden. Die Urethra anästhesierte Schlagintweit damals mit 10 ccm 2 - 5 %iger Novocain-Suprareninlösung durch den Guyon'schen Instillationskatheter oder mit der "Janet'schen Spülung en miniature".

Die Blase bekam er mit einer größeren Menge der gleichen Lösung schmerzfrei, verwandte die Methode aber sehr selten, z.B. bei der Urethrotomie, Lithotripsie, Phimosenspaltung oder schwierigen Cystoskopien. Die Lokalanästhesie sei in der urologischen Sprechstunde umso seltener anzuwenden, je entwickelter die Technik des Urologen sei, weil der Schmerz als Indikator für eventuelle Verletzungen mit Nebenfolge brauchbar ist.

1914 gab er eine Statistik über seine bisher angewandten Anästhesiemethoden zur Lithotripsie an (277): er lithotripsierte

48 x ohne Anästhesie

4 x in Äthernarkose

75 x mit der "Chloroformisation à la Reine" nach Guyon, die er 1914 noch für die bequemste und feinste Methode hielt.

12 x in Lumbalanästhesie

101 x mit Antipyrin-Morphium-Klistier

26 x in 2 %iger Novocain-Anästhesie der Blase und Urethra

30 x in Kombination von Antipyrin-Morphium-Klistier und Novocain-Füllung der Blase

1 x Morpium-Skopolamin-Dämmerschlaf

Die Indikationen zur Anästhesiemethode wurde nach der Empfindlichkeit der Blase bei der Prüfung mit der Steinsonde unter dem Cystoskop gestellt.

1914 wurde die Sectio alta wesentlich unkomplizierter durch die Novocain-Anästhesie der Bauchdecke des praevesikalen Raumes und der Blasenwand nach Braun durchgeführt ²⁷⁸⁾. Die Sectio alta stellte dadurch eine echte Alternative zur Lithotripsie dar ²⁷⁹⁾.

Schlagintweit vertrat schon 1911 die Meinung, die Lokalanästhesie nur nach strenger Indikation anzuwenden.

1926 hatte er in 30-jähriger Berufserfahrung nur 40 x die Harnröhre und Blase zum Cystoskopieren und Urethroskopieren anästhesiert, und zwar nur wegen tuberkulöser Krampf- und Schrumpfbblasen beim Ureter-Katheterismus, allerdings nur mit geringem Erfolg, weshalb er später lieber bis zum Liegen des Katheters die Kurznarkose anwandte ²⁸⁰⁾. Nie anästhesierte er zur Sondenbehandlung von Strikturen oder zum Kathetern ²⁸¹⁾, wie bei instrumentellen Harnleitersteinlösungen mit der Schlinge, um durch den evtl. Schmerz eine Brückierung des Harnleiters rechtzeitig zu bemerken und den Lösungsversuch abubrechen ²⁸²⁾.

Bei der Urethrotomie interna anästhesierte er bis 1926 mit 1,5 g Novocain in 20 ccm Wasser intraurethral und intravesikal, benutzte dann aber wegen Vergiftungsgefahr, von Praetorius veröffentlicht, lieber den Ätherrausch ²⁸³⁾.

Die "Chloroformisation à la Reine" von Guyon, 1914 noch für die souveränste Methode für die Lithotripsie gehalten, hat er 1934 wegen toxischer Nebenwirkungen verlassen und benutzte dann zur regulierbaren Halbnarkose das Avertin ²⁸⁴⁾ als Basisnarkotikum bei intakten Nieren.

Bei Nierenschäden gab er 1 Stunde vor der Lithotripsie:

1. ein Mikroklyisma von 8 ccm Scharff'scher Lösung (Morph.hydrochl. 0,3, Atrop. sulf. 0,01, Sol. Antipyrin. 10 %ig ad 100)
2. 1/2 Stunde vor Operation 0,75 Panthesin in 50 ccm Wasser als Miniaturjanet intravesikal und Penisklemme.
3. Vor evtl. Sectio alta lag 20 ccm 1/2 %iges Novocain mit 6 Tropfen Suprarenin zur Bauchdeckenanästhesie bereit.
4. Bei Ungenügen dieser Basis-Narkotika: Ätherrausch.

Bei der suprapubischen Prostatektomie benutzte er diese Kombination von Scharff'scher Lösung rectal und 0,75 Panthesin intravesikal als Operationsvorbereitung und anästhesierte dann mit Bauchdeckeninfiltration mit 1/2 %iger Novocainlösung 285).

3.11 Lehrbuch: Urologie des praktischen Arztes 286)

Die 1. Auflage des Lehrbuches erschien 1921 und wurde in der 1948 vorliegenden 186 Seiten umfassenden Neubearbeitung durch neuere und verbesserte Untersuchungstechniken und vor allem röntgenologischer Techniken und umfangreicheres Bildmaterial erweitert. Dieses Buch war nicht als systematisches Lehrbuch der Urologie, sondern eher als praktische und technische Hilfe für den praktischen Arzt gedacht, der sich dadurch eine differenziertere, urologische Diagnostik und Therapie im Rahmen einer Allgemeinpraxis zutrauen sollte. Da man im Medizinstudium zu der Zeit eine zusammenhängende Lehre der Urologie vermißte und auch ein kurzer Abriß der Urologie und urologischen Technik in Lehrbuchform noch nicht existierte, schloß er damit eine für den Allgemeinarzt spürbare Lücke.

Der Inhalt ist in 3 große Abschnitte geteilt:

1. ausführliche urologische Anamnese und Untersuchungstechnik.
2. Urologisches Instrumentarium und sein Umgang.
3. Die Krankheiten des Harnapparates, wobei die Abschnitte Harnstauungen, Infektionen und Steinbildungen den größten Teil einnehmen und kleinere Abschnitte über Tumore, nervöse Störungen und Mißbildungen, Fremdkörper und Verletzungen und urologische Diätetik den Schluß bilden.

Schon im 1. Kapitel über die urologische Anamnese wird die klare, praktische Denkweise und übersichtliche systematische Gliederung deutlich: in einer kurzen Einleitung wird die Anamnese in 8 stichwortartige Punkte unterteilt, die dann einzeln in den nachfolgenden Abschnitten mit detaillierten Fragen und Antworten in einer teils

blumenreichen Sprache sehr praxisnah erläutert wird: "Müssen Sie pressen beim Urinieren, oder lange warten bis es läuft? - Ist der Strahl ohne Bogen, oder dünn absetzend oder nur matt herabtröpfelnd? (auf die Stiefel!)" 287)

Bei seinen Erläuterungen vermittelte er Erfahrungen der Praxis, die nur durch jahrzehntelange Tätigkeit bewußt erlebt werden konnten. Seine blumenreiche Sprache lockert den sachlichen Text deutlich auf. "Ich kann diesen Zustand nicht besser erklären, als daß ich an das sog. Wasserschneiden, den Biertripper, die kalte Schiffe, die Harnwinde und wie alle die schönen Ausdrücke für das peinliche Gefühl heißen, erinnere. Was geht hierbei vor? Es ist die akute Erkältungskongestion der Organe des kleinen Beckens zusammen mit irgendeiner plötzlichen Änderung der Konzentration des Urins" 288).

Schon durch die Anamnese und die makroskopische Urinuntersuchung zeigte er, wie durch offene diagnostische Augen und logisch einfaches Denken ohne Eingriffe am Patienten eine klare differenzierte Diagnose mit 90 %iger Treffsicherheit gestellt werden kann. Der Rest wird seiner Ansicht nach durch Cystoskop und Röntgentechnik gesichert. Schlagintweit hat in diesem Buch auch einfache Instrumente wie verschiedenste Katheter und Sonden beschrieben und deren Verwendung erklärt. Die Anschaffung eines Urethroskopes oder Cystoskopes lehnte er für den Praktiker ab. Der heute übliche Ballonkatheter war 1948 noch nicht bekannt. Zusammenfassend sah er als die wichtigsten Untersuchungsmethoden für den urologisch tätigen Praktiker an:

1. pedantisch genaue Anamnese besonders des Miktionsaktes
2. makroskopische und mikroskopische Harnschau am frischen, nicht sedimentierten Harn durch die 3-Gläser-Probe.
3. Exaktes Beherrschen des Katheterismus, der Sondierung und Blasenspülung.

Der Hauptteil über die spezielle Urologie wurde nicht, wie üblich, nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten gegliedert, sonder nach physiologischen und diagnostischen Kriterien:

1. Harnstauung
2. Infektionen
3. Steinbildung

Den Schluß bilden kleinere Abschnitte über Tumoren, nervöse Störungen und Mißbildungen, Fremdkörper und Verletzungen.

Im Abschnitt Harnstauungen beginnt er wie in allen übrigen Abschnitten mit dem physiologisch-pathologischen Ablauf einer Harnstauung mit allen logischen Folgen und Begleiterscheinungen zu erläutern, so daß bei den folgenden einzelnen Ursachen der Harnstauung fast nur noch einige differentialdiagnostische Erläuterungen und die Therapiebeschreibung übrigblieben. "Man sieht also, daß die Harnstauung je nach Sitz, Grad und Dauer der Abflußbehinderung eine schier unerschöpfliche Variabilität der Symptome haben kann, die man aber sehr leicht durchschaut, wenn man als Leitfaden immer an die Gedankenfolge denkt: Dilatation, Hypertrophie, Atrophie der betroffenen Abschnitte, Schlußakt: Funktionsstörung der Nieren mit Urinvergiftung, wenn das Hindernis nicht bald verschwindet." 289)

Im Kapitel Harnwegsinfektionen werden noch die Therapiemöglichkeiten der Zeit vor der Antibiotikaära beschrieben: Lokalbehandlung mit Spritze

und Katheter, Bettruhe, Urotropinpräparate oder systemische Sulfonamidtherapie. In einem kleinen Absatz wird Ferdinand May zitiert, der Penicillin- und Streptomycintherapie nur auf die Klinik beschränkte. Die Therapie der Urogenitaltuberkulose bestand noch in der frühzeitigen Nephrektomie.

Im nächsten großen Abschnitt über Steinbildungen folgt nach einigen pathophysiologischen Erklärungen über die Steinbildung die Typisierung in "aseptische und septische, primäre und sekundäre Steine".

Die Ursache der Steinbildung durch Stoffwechselerkrankungen wird nur kurz gestreift, ebenso die Harnsäurediathese. Als weitere Steinformen wurden die Urat- und Phosphatsteine genannt und anschließend die Klinik der Steinleidenden mit Komplikationen und Diagnostik beschrieben. In der Therapie beschränkt er sich darauf, die dem Praktiker mögliche Therapie zu beschreiben und durch den Fachurologen mögliche Eingriffe nur zu erwähnen und besonders auf die Indikation zur Überweisung hinzuweisen. In den letzten Kapiteln über Tumoren, Mißbildungen und Verletzungen machte er hauptsächlich auf die frühzeitige Diagnostik aufmerksam und beschreibt somit ausführlich die Frühsymptome dieser Erkrankung.

3.12 Verschiedenes

3.12.1 Ureterenkatheterismus

Der Ureterenkatheter ist in der Urologie eines der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel. Deshalb hielt Schlagintweit während der Sitzung des Münchener ärztlichen Vereins im Januar 1904 einen ausführlichen Vortrag über dessen Anwendung ²⁹⁰⁾. Für den Patienten ist ein völlig schmerzloses Einführen des doppelläufigen Ureterencystostops möglich, mit dem 2 Katheter - ebenfalls schmerzlos - gleichzeitig in die Ureteren nach Aufsuchen der Ostien eingeführt werden können. Er hatte bei 200 Untersuchungen nur 3 x Narkose angewandt. Bei 36 seiner 200 Untersuchungen wurde durch den Ureterenkatheterismus eine Erkrankung der oberen Harnwege nachgewiesen durch die differenzierte funktionelle Diagnostik der getrennt aufgefangenen Urine auf Eiweiß, Zucker, spezifisches Gewicht, Zylinder, Bakterien, durch quantitativen Stoffwechselvergleich der Urine, durch Nierenfunktionsprobe mit Indigokarmin oder Methylenblau, Gefrierpunktsbestimmung des Urins und Blutes, Urinzucker nach Phloridzininjektion und Verdünnungsversuch. Diese Untersuchungen erlaubten, die kranke Niere genau festzustellen.

3.12.2 Traumen der hinteren Harnröhre

1927 veröffentlichte Schlagintweit seine Erfahrungen bei 12 Fällen mit Traumen der hinteren Harnröhre ²⁹¹⁾. Häufig wurden solche Patienten von chirurgischer Seite falsch behandelt, so daß Spätschäden mit Strikturen, Penisverwachsungen und Fisteln

entstanden. Sie waren Folge meist überstürzten Katheterns wegen der Harnverhaltung und unrationeller Verwendung des Verweilkatheters. Er empfahl folgendes Vorgehen: die vorhandenen Harnröhrenreste unberührt belassen; Beseitigung des Harnverhaltens durch suprapubische Blasenpunktion; Sectio alta, retrograde Sondierung der hinteren Harnröhre bis zum Trauma, und der vorderen Harnröhre vom Meatus aus, Boutonniere am Treffpunkt der Sonden und Legen eines Verweilkatheters; arteficielle Blasenfistel durch die Sectio alta-Wunde, Tamponieren der Dammwunde. Langfristige Nachbehandlung mit allmählicher Entwöhnung vom Verweilkatheter, Spülungen der vorderen Harnröhre und Verschuß der Meatusfistel. Diese Methode ging davon aus, daß die Harnröhre ohne Naht durch die gute Durchblutung des Dammgebietes besser heilte als durch Naht. Schon 1921 hat er auf diese Methode kurz aufmerksam gemacht 292).

3.12.3 Urologischer Dilettantismus

Anläßlich der Einführung der Urologie als Sonderfach in Deutschland als "letztem Staat der zivilisierten Welt" hielt er 1932 auf der 92. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte einen niederschmetternden Vortrag gegen den urologischen Dilettantismus 293). Er hielt die Aufspaltung der Medizin in Spezialfächer für eine naturnotwendige Arbeitsteilung, die nicht aufzuhalten sei. Urologisch tätige Internisten, Chirurgen und Cystoskopbesitzer nannte er urologisch-praktische Therapiedilettanten und urologisch-therapeutische Diagnostikamateure,

wobei die letzteren, eben die Cystoskopbesitzer, mehr zu fürchten waren, weil sie durch ihr Herumpfuschen in der instrumentellen Diagnostik oft durch das Einführen der Instrumente einen größeren Schaden setzten, als die eigentliche Erkrankung. Er kritisierte das Fehlen von urologischem Unterricht an den Universitäten und forderte nach Einführung der Urologie als Sonderfach auch die Beschaffung von urologischen Lehrstühlen und urologischen Abteilungen an staatlichen und städtischen Krankenhäusern 294).

4. NICHTMEDIZINISCHE VERÖFFENTLICHUNGEN

4.1 Über Bad Brückenau

Felix Schlagintweit war nicht nur durch seine vielfältigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen literarisch tätig, sondern auch außermedizinisch, schöngeistig und geschichtlich. Er selbst hat sich ja als Arzt und Schriftsteller bezeichnet ²⁹⁵⁾.

1908, kurz bevor er Bad Brückenau verließ, veröffentlichte er die kleine Schrift "Bad Brückenau, seine Kurmittel und seine Umgebung", ²⁹⁶⁾ das er für seine Patienten zur Information über das Bad, zu seiner Benutzung und Anwendung und zum Kennenlernen der schönen Rhönlandschaft geschrieben hatte. Er beschreibt das Bad, indem er einen Rundgang mit dem Kurgast durch die Anlagen macht und die einzelnen Gebäude und deren Funktionen und sonstige Einrichtungen erklärt. Es folgt die ausführliche Geschichte des Bades von der Gründung durch den Fürstbischof von Fulda Amand von Busek 1747 ²⁹⁷⁾, über den Aufschwung unter der Gönnerschaft König Ludwig I. von Bayern von 1818 - 1862 bis zur Umgestaltung des Bades zum Spezialbad für Nieren- und Blasenkranke zum Ende des 19. Jahrhunderts. Diese Umstrukturierung aus einem Frauen- und Bleichsucht-Bade zu einem Spezialbad für Harnkranke wurde durch die Entdeckung der spezifischen Wirkung des Wernarzer Wassers durch Dr. Neumann ²⁹⁸⁾ als die bisher stärkste diuretisch wirkende Quelle Deutschlands ²⁹⁹⁾ eingeleitet.

Diese Wendung des bis dahin schlecht benutzten Bades hat er fast von Anfang an miterlebt und war selbst sogar maßgeblich durch seine urologische Arbeit, seine Praxisausübung und sei-

ne Schriften daran beteiligt ³⁰⁰⁾. Sogar Bodenbeschaffenheit und Klima hat er in einem eigenen Abschnitt erwähnt; das im Sommer durch die waldreiche Gegend nicht zu heiße Klima wurde gelobt und die Schönheit der Buntsandstein-Muschelkalk- und Basalthügel gepriesen.

Die Funktion der Kurmittel des Bades, die Wirkung der Quellen wurde den Kurgästen sehr anschaulich populärwissenschaftlich ausführlich geschildert.

Ebenso aufklärend war der Abschnitt über die Krankheiten, die sich zur Kur in Bad Brückenaus eignen, indem z.B. das Wesen der Steinkrankheiten und die Wirkung der Brückenaus Kurmittel verständlich erklärt wurden. Brauchbare Informationen über die Dauer der Saison, den Tagesablauf des Kurgastes, weitere Einrichtungen des Bades für die Unterhaltung, Badetaxen und Tarife schlossen sich an. Abschließend wurden Spaziergänge, Wagenfahrten und Autotouren geschildert, die er selbst unternommen hatte. Eine Karte mit eingezeichneten Wanderwegen zeigte die Umgebung Bad Brückenaus.

In Ergänzung zu einem späteren Aufsatz Neumanns über Bad Brückenaus ³⁰¹⁾ hat Schlagintweit 1903 mitgeteilt, daß er die erste Lithotripsie, die erste Bottinische Operation und die erste Uretrotomie durchgeführt hatte, und daß erst, seitdem solche Eingriffe in Bad Brückenaus möglich waren, ein Vergleich mit Wildungen angestellt werden konnte. Gleichzeitig veröffentlichte er Zahlen über die Zunahme der Harnkranken in Bad Brückenaus:

1896 - 1898:	20 - 30 %	Harnkranke
1899	: 40 %	Harnkranke
1900	: 46 %	Harnkranke
1901	: 55 %	Harnkranke
1902	: 63 %	Harnkranke

Davon waren 1896 - 98 $3\frac{3}{4}$ Nephritiker,

1902 nur noch $2\frac{2}{6}$ Nephritiker,
der Rest kam mit Urethritis, Striktur,
Prostatahypertrophie, Cystitis, Pyelitis
und Blasensteinen ³²⁾.

4.2 Schöngeistiges

4.2.1 Parodie zur Zauberflöte: "Die Zaubergeige".

Die aktive Mitgliedschaft im Münchener Orchesterverein als Cellist hat Schlagintweit vielseitig angeregt. Eigentlich hat er zwei Leben gelebt, das Berufsleben als erfolgreicher Urologe und das als Musikdilettant und Kunst- und Kulturinteressierter im Münchener Orchesterverein und unter Künstlern.

1899 schrieb er, anlässlich der Einweihung des neuen Probelokals im "Goldenen Hirschen" unter das Finale der Zauberflöte, wo Tamino an den drei Tempeln Einlaß sucht, ein neues Theaterstück, das die Prüfung eines bescheidenen kleinen Violinisten für das Orchester von Sarastro = Emanuel Seidl (der Orchestervereins-Vorstand) schilderte. Es hieß die "Zaubergeige" ³⁰³) und hatte das Motto: "Ein großer Meister hat's erdacht/Ein Wicht hat dran herumgemacht./So ist was Tolles daraus geworden/Mit alten Weisen, neuen Worten/Dem Griesgram wird es Ärger machen,/Wer selbst ein Schalk ist, der wird lachen." Zum Eingang lassen sich die Geisterstimmen so vernehmen: "Musik ist nicht nur dann beliebt,/Wenn sie dem Menschen Nahrung gibt:/Umsonst übt sie der Dilettant/Mit Liebe mehr noch als Verstand." - Ihnen antwortet träumerisch der dilettantische Jüngling: " O dreimal selig so ein Mann,/der das nur treibt, was er nicht kann." - Darauf die Geisterstimmen: "Klingts einzeln dir nicht laut genug,/Dann spiele vierhändig oder Trio!/Sei's lauter noch, dann trete ein/In den Orchesterverein." - Am Schluß ertönt der Chor: "All unser Spielen ist nur ein Gleichnis,/Das Unzulängliche,

hier wird's Ereignis./Das Ähnliche ist meistens leicht,/Das Richtige bleibt unerreicht./Das Allzueilige macht uns Bemühen,/Das Unverzeihliche, hier sei's verziehen./Doch laßt uns lieben, was wir spielen,/Und laßt uns spielen, was wir lieben."

Diese lustige Parodie wurde sogar mehrmals aufgeführt und Lenbach und die bayerische Künstlergesellschaft "Allotria" hörten es sich zweimal an.

4.2.2 Neubearbeitung Rameaus Comédie-Ballett: "Platea".

Der Erfolg der "Zaubergeige" ermutigte ihn und seinen Freund und Orchestervereinsmitglied Hans Schilling, 1901 den Text und die Musik Rameaus Comédie-Ballett: "Platea, oder die eifersüchtige Juno" neu zu bearbeiten und im Fasching bei einem "olympisch-böotischen Tanzfest" aufzuführen ³⁰⁴). Unterlagen über Text und Musik existieren leider nicht mehr.

4.2.3 Komische Oper in 2 Akten: "Die Falle." ³⁰⁵)

1916 verfaßte Schlagintweit den Text zu einer komischen Oper in 2 Akten: "Die Falle", für seine Freunde als Handschrift gedruckt und Hermann Zilcher gewidmet. Die Musik schrieb wieder Max Schilling. Leider ist nicht bekannt, zu welchem Anlaß diese Oper geschrieben wurde und wann die Uraufführung stattfand. Die Handlung spielte zur Raubritterzeit, während des dreißigjährigen Krieges in Südtirol mit folgendem Inhalt:

Der 1. Akt spielt im Rathaushof einer kleinen deutschen südtiroler Stadt, die zu Füßen

der Burg des Ritters Junker Hans von Wolkenstein liegt, der als Raubritter und verarmter und heruntergekommener Edelmann von der Stadtmiliz verfolgt wird. Im Hof halten sich die Spielleute und die Magd des Ritters auf, als eine reiche Gräfin als Gast des Rats Herrn gerade ankommt und die Gefangennahme des Ritters erlebt. Während der folgenden Gerichtsverhandlung, bei der alle seine Schandtaten aufgezählt werden, kann er sich mit Hilfe seiner Leute befreien. Die Gräfin hat sich in den Junker verliebt und schlägt dem Ratsherrn vor, ihn mit weiblicher List zu fangen, in Wirklichkeit aber, um ihn wiederzusehen: Sie läßt sich vom Ritter auf dem Weg an seiner Burg vorbei gefangennehmen.

Der 2. Akt spielt im Burghof: Die Gräfin gibt sich zu erkennen, nachdem auch der Ritter sich in sie verliebt hat; es wendet sich alles zum Guten, die Gräfin will sich beim Kaiser für ihren Geliebten einsetzen, um ihn aus dem Bann zu nehmen und seine Schulden zu tilgen.

4.3 Historische Arbeiten

4.3.1 Napoleon III., Lulu und Eugenie

Das geschichtliche Werk: "Napoleon III., Lulu und Eugenie" wurde als einziges fertiggestellt. Es enthält eine ausführliche Darstellung des III. französischen Kaiserreiches, des Lebens Napoleon III. und seiner Familie, sowie die Umstände und politischen Folgen seines Blasensteinleidens ³⁰⁶⁾. Diese Krankheit ist auch der eigentliche Anlaß für die Entstehung dieses geschichtlichen Werkes gewesen. Beim Suchen nach den Blasensteintrümmern Napoleons III. und beim Durchstöbern der damaligen zeitgenössischen Literatur bekam er die Anregung zu diesem Werk ³⁰⁷⁾.

Den Verlauf der Krankheit und den Tod Napoleons III. hat er in einem wissenschaftlichen Aufsatz dargestellt. ³⁰⁸⁾

An seinem tragischen Leiden und Ende sieht man eindrucksvoll, welche Mängel die Urologie in der vorantiseptischen Zeit und vor der Erfindung des Cystoskopes, der Nierenfunktionsprüfung, der Röntgenstrahlen und Anästhetika haben mußte, so daß die damaligen Ärzte des Kaisers, darunter Thompson ³⁰⁹⁾, Nelaton ³¹⁰⁾, Ricord ³¹¹⁾ u.a. gescheitert sind.

Nach zehnjährigem unsagbarem Leiden ist Napoleon III. am 9. Januar 1873 nach zwei von Sir Henry Thompson versuchten Lithotripsie-sitzungen an seinem Stein als politisch Vertriebener in Camden Place Chislehurst 30 km südlich von London zugrunde gegangen. Seit 1856 war der Kaiser krank gewesen und seitdem jährlich zur Kur in die verschiedensten Bäder gegangen, offiziell wegen Gicht,

Rheumatismus, Anämie und anderer Leiden. In Wirklichkeit aber ließ er wahrscheinlich zumindest anfangs postgonorrhöische Ureterstrikturen sondieren. Schon 1864 fiel sein sonderbar vorsichtiger Gang, wie ein Reiter zu Fuß, auf, und im gleichen Jahr traten Koliken und Blutungen auf, die ihn dazu veranlaßten, sein Testament zu machen und die Kaiserin Eugenie als Regentin in seiner Abwesenheit einzusetzen. Der Kaiser und seine Umgebung hatten das Leiden mit allen, selbst den raffiniertesten Mitteln zu verheimlichen versucht, um seine politische Macht zu erhalten und seinen Gegnern keinen schwachen Punkt zu liefern.

1865 wurde vom damaligen Chefarzt der Armee, dem Sohn des berühmten Militäarchirurgen Nap. I. - Jan Dominique Larrey (1766 - 1842), als Erstem ein Blasenstein vermutet und der Verdacht ausgesprochen, der nur noch durch Sonde und Katheter bestätigt zu werden brauchte. Napoleon lehnte aber jeden noch so kleinen Eingriff ab, wahrscheinlich wegen schlechter Erfahrungen beim Sondieren seiner postgonorrhöischen Strikturen durch seinen Freund und Chefarzt Conneau. Im übrigen war Napoleon skeptisch gegenüber der ärztlichen Kunst, weil jeder eine andere Diagnose stellte: Gichtanfälle, Rheumatismus, Blasenkatarrh, Stein, vor allem skeptisch gegen die unfähige, eingeschworene Clique der Ärzte des Tuilerienviertels, die ihn behandelte. 1869 wurde Napoleon von dem berühmten Urologen Nelaton und dem Dermatologen Ricord sondiert und behandelt, wodurch jedermann trotz Geheimhaltung um den Sitz der Krankheit wußte. Bis 1870 weigerte

sich Napoleon, einen Eingriff vornehmen zu lassen, doch dann schien Nelaton eine Lithotripsie oder Sectio alta zu riskant wegen des Verdachts auf Steinpyelitis bei 1/5 Eiter im Urin. Napoleon litt unsagbare Schmerzen, urinierte Eiter und Blut.

Doch dann kamen die furchtbarsten Ereignisse auf den Kaiser zu: am 15. Juli 1870 die Kriegserklärung an Preußen! Napoleon III. selbst führte zu Pferde unter entsetzlichen Qualen, die er nach außen unterdrückte, seine Armee gegen Sedan an, wo die Schlacht gegen König Wilhelm verloren wurde, u.a., weil er in seinem Zustand dem Selbstmord näher als dem Leben war und somit unfähig, einen Gedanken zu fassen, geschweige denn, eine Armee zum Sieg zu führen. Es folgte die Gefangenschaft in Wilhelmshöhe, wo sich die Blase in Ruhe von der Steincystitis erholte, und die Flucht nach England, Camblen Place bei Chislehurst.

Endlich fand Napoleon sich bereit, eine Lithotripsie vornehmen zu lassen, die Thompson in 2 Sitzungen in Chloroformnarkose am 2. und 6. Januar 1873, nach einer eingehenden Untersuchung in Narkose mit Messen des Steines am 24. Dezember 1872 durchführte. Daran ist Napoleon III. am 9. Januar 1873 gestorben. Der Tod löste Erschütterung und Diskussionen aus. Schlagintweit hatte nach der Rekonstruktion des Falles, einschließlich des Sektionsberichtes, folgende Meinung dazu:

"Ein durch langes Steinleiden und viele schwerste seelische Erschütterungen erschöpfter, uroseptischer 65-jähriger Patient beantwortet den Schock dreier dicht aufeinanderfolgender Eingriffe und Narkosen

mit Herz- und Niereninsuffizienz" ³¹²⁾.

4.3.2 IV. lateinischer Kreuzzug

Das Interesse am IV. lateinischen Kreuzzug und den fränkischen Rittern, die daran teilnahmen, veranlaßte Schlagintweit 1938 zu einer Kreuzfahrt auf deren Spuren über Venedig nach Griechenland, Kleinasien und Kairo ³¹³⁾. Seine Eindrücke und kulturgeschichtlich-literarischen Forschungen verdichteten sich in dem Buch: "Leidenschaften am Mittelmeer, Historien des 13. Jahrhunderts", das allerdings nie abgeschlossen wurde ³¹⁴⁾. Aus seinem Nachlaß wurden die Erlebnisse dieser Reise in dem Buch "Don Juans Hochzeitsreise" verarbeitet ³¹⁵⁾. Schlagintweits Nachforschungen lag die Chronik von Morea, ein sagenhafter Troubadourgesang und Ritterroman zugrunde, der von deutschen Historikern als reine Fiktion abgetan wurde ³¹⁶⁾. Der IV. lateinische Kreuzzug begann in verschiedenen europäischen Hafenstädten: am Lido in Venedig, in Marseille und Aiguesmortes und Brügge in Flandern. Der Held des Romans war der Ritter Gottfried von Villehardouin, der sich ebenfalls in Flandern einschiffte ³¹⁷⁾. In Palästina angekommen, erkannten die Kreuzfahrer, daß viele Gleichgesinnte nicht angekommen waren und wandten sich nach Konstantinopel, das bereits von anderen Kreuzfahrern erobert und wo das lateinische Kaiserreich errichtet worden war. Villehardouin schiffte sich wieder nach Frankreich ein, erlitt aber Schiffbruch an der Küste von Morea und erfuhr, daß seine Waffengefährten Bonifacio von Montferrat und Otto de la Roche Kreuzfahrerstaaten in Griechenland gegrün-

det hatten. So ritt er 6 Tage mit seinem Heer quer durch Griechenland, ließ sich in Korinth von Bonifacio von Montferrat mit dem durchrittenen Land belehen und gründete ebenfalls einen solchen Staat 318), baute sich prachtvolle Burgen und lebte besser als Gott in Frankreich 319).

4.3.3 Biographie der Schriftstellerin Gräfin Franziska zu Reventlow

Ebenfalls nie fertiggestellt wurde die geplante Biographie über eine Zeitgenössin: "Schicksal einer deutschen Frau", der Schriftstellerin Franziska Gräfin zu Reventlow, deren Werk und deren Leben unter den "Schwabinger Übermenschen" wie Stephan George u.a. geschildert werden sollte 320).

Schlagintweit wollte die Beziehungen zwischen der Gräfin und dem Schwabinger-Stefan-George-Kreis darstellen, aber nicht aus der Sicht der wenig aufgeschlossenen Umwelt, sondern aus ihrer eigenen Sicht, ihr Bild für die Nachwelt rein erhalten, die wahre Größe ihrer Lebensführung verdeutlichen und die Bedeutung ihrer Schriftstellerei betonen 321).

5. AUTOBIOGRAPHISCHE SCHRIFTEN

5.1 Ein verliebtes Leben

In seiner romanhaften Autobiographie: "Ein verliebtes Leben" ³²²⁾, beschreibt er hauptsächlich sein Privatleben, und erwähnt dabei immer wieder entscheidende Daten und Einflüsse seiner beruflichen und medizinischen Entwicklung.

Angefangen bei seinen wesentlichsten Kindheits- und Jugenderlebnissen über das Studentenleben und die ersten Jahre im Berufsleben bis zur "Einkehr" des alten Mannes, entwickelt er sein langes, erfahrungs- und erlebnisreiches Leben so transparent und stellt seinen Charakter so plastisch dar, daß man meint, ihn persönlich gekannt zu haben.

Details aus dem Inhalt wurden im Abschnitt "Leben" verwertet. Das Inhaltsverzeichnis des "verliebten Lebens" gibt einen Überblick.³²³⁾

Buch der Jugend: Die kleinen Beamten; Gymnasium Bamberg; Frühlingserwachen; Verbannung nach Burghausen; Verliebtheit; cand.med. in München; Fränkische Ferien; Alma mata; Künstlerleben-Lebenskünstler; Hochzeitsreise; Bad Brückenau; Paris und Wien.

Buch der Freundschaft: Im Paradiese; tanzendes, singendes, klingendes München; Emanuel Seidl; der Cococello-Club; Kleine Leute, Bauernball und Vorstadthochzeit; Künstlermystifikationen; vom engeren Künstler- und Freundeskreis;

Familienfreundschaften;

Buch der Fülle: Triumph des Autos um die Jahrhundertwende; Mein Urfahrn am Chiemsee; Vom Jagen und Fischen; Tanz in den Weltkrieg; Flucht in die Freiheit und Liebe.

Buch der Ernte: Monna; Krautinsel-Idyll und Chiemsee-Sturm; Winterreise an den Chiemsee; Tagesar-

beit, abends Gäste; besinnliche Einkehr eines gesetzten Herrn; Spiel mit dem Tod.

5.2 Don Juans Hochzeitsreise

Aus seinem Nachlaß wurde von Dr. Gerhard Pallmann der Roman "Don Juans Hochzeitsreise" aus Fragmenten zusammengestellt 324).

Zunächst der Inhalt:

Lutz Florian, ein frischgebackener Münchener kunstinteressierter Arzt, lernt die Medizinstudentin Lisa Zoldau kennen. Die beiden lernen sich in einem Dreiecksverhältnis mit Florians Malerfreund Ivo von Kaula lieben und heiraten nach einem Jahr. Trotz der Liebe zueinander unternimmt Lutz ständig Seitensprünge, die der Liebe aber keinen Abbruch tun, von denen er seiner Frau gegenüber keinen Hehl macht, die erst nach einer Zeit ihre Eifersucht überwinden lernt. Lutz wird Assistenzarzt in Prof. Will's chirurgischer Privatklinik und später Oberarzt. Sie beziehen am Wochenende ein kleines Häuschen am Chiemsee neben ihrer Münchener Wohnung. Das wechselvolle Leben der Liebe zwischen Lutz und Lisa wird ausführlich geschildert, mit allen Seitensprüngen und Liebesabenteuern, durch die die Liebe aber nicht nur erhalten bleibt, sondern inniger wird. Lutzens Interesse an Kunst- und Kulturhistorik wächst im Laufe der Jahre, zumal er seit einiger Zeit an einem Mittelmeerbuch: "Meer der Leidenschaft" arbeitet, in dem die Zusammenhänge des IV. lateinischen Kreuzzuges beschrieben werden, und der abenteuerliche Kreuzzug des Westfranken Gottfried von Villehardouin, der sich einen Kreuzfahrerstaat in Griechenland errichtete. 1932 gibt Lutz seinen Beruf als Arzt auf - finanziell sind sie durch das reiche Erbe Lisas gesichert - und wird freischaffender Schriftsteller und Kulturhistoriker.

Um die Stätten seines Kreuzfahrerhelden augenscheinlich zu begutachten, unternehmen Lutz und Lisa 1938 eine kulturhistorische Kreuzfahrt durch die Adria und Ägeis. Diese Kreuzfahrt wurde ihre eigentliche Hochzeitsreise. Nach ihrer Rückkehr überstürzen sich die Ereignisse: II. Weltkrieg, Lutz, Lisa und ihr Freund und Lutzens ehemaliger Chef, Prof. Will, der ebenfalls am Chiemsee in Urfahrn wohnt, müssen als Ärzte an die Ostfront. Will kehrt nie zurück, Lutz und Lisa werden getrennt und kehren erst in Wills Haus in Urfahrn am Chiemsee nach Kriegsende getrennt zurück. Lutz wird durch eine phlegmonöse Beinverletzung zum Invaliden, wodurch seine Frau Lisa physisch abgestoßen wird. Sie stürzt sich in ihre Berufarbeit als Ärztin, Lutz vereinsamt langsam, so daß er auf dem Chiemsee bei Sturm einen Selbstmordversuch macht, kann allerdings, - fast ertrunken - von Lisa gerettet werden, wodurch die alte Liebe tiefer denn je wieder hergestellt ist.

Schlagintweit verwendete zwar andere Namen, wechselte Ereignisse und Personen willkürlich untereinander aus, aber im Vergleich mit seiner Autobiographie ist unverkennbar, daß er mit den meisten Erlebnissen, Ereignissen und Reisen seine eigenen schilderte. Zumindest die Mittelmeerkreuzfahrt und die Nachforschungen über den IV. lateinischen Kreuzzug sind autobiographisch und keine romanhafte Fiktion.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Johann Felix Schlagintweit wurde am 21.09.1868 in Bamberg als erster von zwei Söhnen des Eisenbahn-ingenieurs Anton Schlagintweit und seiner Frau Rosina Schlagintweit, geb. Zimmermann in Bamberg geboren. Von 1878 - 1889 besuchte er das "alte Bamberger humanistische Gymnasium". Nach dem Abitur studierte er Medizin in München und Erlangen, promovierte 1893 in Erlangen mit einer Arbeit über Wirbelsäulenfrakturen und bestand 1894 das Staatsexamen.

1895 heiratete er seine Gymnasiastenbraut Emmy Nathan.

In München trat er schon als Student dem Orchester-verein bei und nahm bis ins hohe Alter rege am Kunst-, Kultur- und Gesellschaftsleben teil. Seine Freunde waren fast ausnahmslos Künstler, Literaten und Musiker.

Zunächst Volontärassistent bei Ziemssen im med.-klinischen Institut in München, nahm er 1896 das Angebot an, als Bedearzt nach Bad Brückenau zu gehen. Bis 1908 arbeitete er dort im Sommer und im Winter in München in eigener Klinik und Praxis als Urologe, zu dem er sich durch Fortbildungskurse bei Nitze, Berlin, Guyon, Paris und Zuckerkandl, Wien ausbildete. Reiche, praktische urologische Erfahrungen sammelte er in Bad Brückenau, das aus einem Bad für Frauenleidende durch das diuretisch wirkende Wernarzer Wasser zu einem Bad für Nieren-, Prostata- und Steinleidende wurde.

Seit 1908 arbeitete er nur noch in München in seiner Praxis und Privatklinik und als Belegarzt in verschiedenen Krankenhäusern. Privat hielt er sich hauptsächlich in seinem gastfreundlichen Landhaus in Urfahrn am Chiemsee auf. Seit etwa 1917 lebte er mit seiner Frau Emmy und der jungen Krankenschwester Kreszenz Glier in einem "Ehe-Dreieck" bis zum Tod Emmys 1938, durch den einer zweiten

Ehe nichts mehr im Wege stand. Während des zweiten Weltkrieges zog er sich mit seiner zweiten Frau von München und seiner medizinischen Arbeit immer mehr in sein Landhaus zurück, in dem er mit 82 Jahren aus voller Gesundheit 1950 starb.

Schlagintweits medizinische Leistungen erwuchsen aus seiner reichen Erfahrung als praktizierender Urologe. Das Arbeiten mit dem 1879 erfundenen Cystoskop veranlaßten ihn 1903, ein neues retrogrades Cystoskop zu entwickeln und durch Zusatzgeräte zu ergänzen. Die Erfindung weiteren medizinischen Kleingerätes verbesserten die rationelle und ökonomische Arbeit in seiner urologischen Praxis. Besonders auf den Gebieten der Nieren- und Blasensteinbehandlung, der konservativen Behandlung der Prostatahypertrophie und der Harnleiterbehandlung bei Nierentuberkulose tat er sich durch seine Veröffentlichungen hervor. Sein praxisbezogenes urologisches Denken drückte sich gesammelt in dem Lehrbuch "Urologie des praktischen Arztes" aus. Außermedizinisch wesentliche Arbeiten sind das geschichtliche Werk: "Napoleon III., Lulu und Eugenie", das Aufstieg und Untergang des II. französischen Kaiserreiches und Napoleons Steinkrankheit schildert und seine romanhafte Autobiographie "Ein verliebtes Leben", die ihn im bayerischen Raum durch die Schilderung des Münchener Gesellschafts- und Kulturlebens der Jahrhundertwende als Schriftsteller bekannt machte.

7. ANMERKUNGEN

Die im Text hochgestellten Zahlen beziehen sich auf die Anmerkungen.

Die im Anmerkungsteil in Klammern gesetzten Zahlen verweisen auf das Literaturverzeichnis.

Sch. = Schlagintweit

S. = Seite

- 1) NITZE, Max (1848 - 1906)
1876 - 78 Assistent im Dresdner Stadt Krankenhaus,
dann Übersiedlung nach Wien und Aufnehmen von Verbindungen mit dem Instrumentenmacher Leiter, um sein Urethrozystoskop bauen und vervollständigen zu können.
1879: Erste Demonstration des Gerätes, später entwickelte er in eigener Praxis in Berlin weitere Geräte zur Zystoskopie.
- 2) NITZE (81), vgl. KELLER (76)
- 3) ASCHOFF (57)
- 4) SCHLAGINTWEIT (53)
- 5) Persönliche Mitteilung von Frau Dr. med. Lützenkirchen, München, vom 16.4.74, Oberärztin im Rotkreuzkrankenhaus zu Sch.'s belegärztlicher Zeit.
- 6) Berta (Mucky) Baumann
73 Brisbane, Turton St. Qld. 4109, Sunnybank, Australia
- 7) Sch. (54) S.287
- 8) vgl. Anm. 5)
- 9) Sch. (53) S. 301
- 10) Index Medicus (74)
- 11) Persönliche Mitteilung von Dr.med. Willy Schlagintweit im Juli 1976 im Harlachinger Krankenhaus
- 12) Sch. (53) S. 11
- 13) Sch. (53) S. 10
- 14) SCHLAGINTWEIT, Emil (84)
- 15) WACHTER (87)

- 16) SCHLAGINTWEIT, Emil (84)
- 17) SCHLAGINTWEIT, Emil (84)
- 18) BROCKHAUS (62)
- 19) SCH. (53) S. 205
- 20) SCH. (53) S. 11
- 21) SCH. (53) S. 26
- 22) SCH. (53) S. 7
- 23) SCH. (53) S. 12
- 24) SCH. (53) S. 12
- 25) SCH. (53) S. 13
- 26) SCH. (53) S. 13,14
- 27) SCH. (53) S. 15
- 28) SCH. (53) S. 14
- 29) SCH. (53) S. 16
- 30) SCH. (53) S. 15
- 31) SCH. (53) S. 15
- 32) HEYSE, Paul (1830 - 1914) Schriftsteller, Philologe,
Privatgelehrter, bildete mit F. GEIBEL Mitte des
19. Jhdt. den Mittelpunkt des Dichterkreises.
1910 Nobelpreis.
- 33) SCH. (53) S. 37
- 34) SCH. (53) S. 32 ff.
- 35) SCH. (53) S. 39
- 36) SCH. (53) S. 40
- 37) SCH. (53) S. 42
- 38) SCH. (53) S. 43
- 39) SCH. (53) S. 47
- 40) SCH. (53) S. 55
- 41) RÖNTGEN, Wilhelm Konrad (1845 - 1923)
- 42) SCH. (53) S. 59, s. SCH. (2)
- 43) SCH. (53) S. 62
- 44) SCH. (53) S. 64
- 45) SCH. (53) S. 68
- 46) SCH. (53) S. 68
- 47) SCH. (53) S. 69
- 48) SCH. (53) S. 85
- 49) SCH. (53) S. 75

- 50) Eintragung im Einwohnerregister der Stadt München
(Stadtarchiv)
- 51) SCH. (53) S. 83
- 52) SCH. (53) S. 83 ff
- 53) SCH. (50) S. 15
- 54) HALBFAS-NEY (70) S. 55
- 55) SCH. (53) S. 87
- 56) GARTENHOF (69) S. 37
- 57) SCH. (53) 88
- 58) SCH. (53) 89; BROCKHAUS (62)
- 59) SCH. (53) 95
- 60) SCH. (50) S. 43
- 61) SCH. (53) S. 92
- 62) SCH. (53) S. 94; SCH. (50) S. 30
- 63) HALBFAS - NEY (70) S. 47
- 64) SCH. (50) S. 30; SCH. (6)
- 65) SCH. (50) S. 31
- 66) SCH. (50) S. 18
- 67) SCH. (53) S. 90; HALBFAS-NEY (70) S. 22
- 68) SCH. (53) S. 90
- 69) SCH. (53) S. 91
- 70) SCH. (53) S. 91
- 71) SCH. (6)
- 72) SCH. (3)
- 73) SCH. (50) S. 15
- 74) BROCKHAUS (62)
- 75) SCH. (53) S. 101
- 76) HALBFAS - NEY (70) S. 12
- 77) SCH. (53) S. 101
- 78) BROCKHAUS (62)
- 79) ANMERKUNG 5)
- 80) SCH. (53) S. 95
- 81) WACHTER (87)
- 82) SCH. (53) S. 95
- 83) SCH. (50)
- 84) SCH. (53) S. 246
- 85) SCH. (53) S. 247
- 86) SCH. (53) S.247

- 87) HALBFAS - NEY (70) S. 23
- 88) HALBFAS - NEY (70) S. 47
- 89) SCH. (53) S. 106 ff
- 90) GUYON, Felix - Jean - Casimir (1831 - 1920)
Prof. der chirurgischen Pathologie an der Med. Fakultät Paris, Chirurg des Hospital Necker, Mitglied der Akademie der Medizin, Mitbegründer der modernen Urologie, speziell Entwicklung der Technik der Lithotripsie und klinischer urologischer Untersuchungstechnik.
- 91) SCH. (53) S. 91 ASCHOFF (57) S. 51
- 92) NITZE (81, 82)
- 93) SCH. (7)
- 94) SCH. (53) S. 106
- 95) ALBARRAN (55)
- 96) SCH. (53) S. 106
- 97) SCH. (53) S. 107
- 98) SCH. (53) S. 107
- 99) SCH. (41)
- 100) SCH. 53) S. 108/109
- 101) KIELLEUTHNER (77)
- 102) ZUCKERKANDL, Otto (1861 - 1921) Prof. der Chirurgie, übernahm 1902 die Leitung des Spitals der israelitischen Kulturgemeinde in Wien. Seine bedeutendsten Leistungen auf urologischem Gebiet waren Arbeiten über Prostatahypertrophie, Hypertrophie der Blasenmuskulatur, über die Histologie der Zystitis und Blasengeschwülste.
- 103) SCH. (53) S. 112; (53) Auflage 1967 Anhang
- 104) KIELLEUTHNER (77)
- 105) ANMERKUNG 5)
- 106) SCH. (53) S. 254
- 107) SCH. (53) S. 309
- 108) KIELLEUTHNER (77)
- 109) SCH. (16)
- 110) SCH. (53) S. 75
- 111) SCH. (53) S. 116
- 112) SCH. (53) S. 74, 76, s. ANMERKUNG 32)

- 113) SEIDL (89), BROCKHAUS (62), SCH. (53) S. 117
- 114) SCH. (53) S. 118
- 115) SCH. (53) S. 119
- 116) SCH. (53) S. 119, 120
- 117) SCH. (53) S. 120
- 118) SCH. (53) S. 124
- 119) SCH. (53) S. 127
- 120) SCH. (53) S. 129
- 121) SCH. (53) S. 130
- 122) SCH. (53) S. 130
- 123) SCH. (53) S. 145
- 124) SCH. (53) S. 145, 146
- 125) SCH. (53) S. 147
- 126) SCH. (53) S. 152
- 127) SCH. (53) S. 74, 132, 145, 184, 186, 187, 190, 192-197
- 128) SCH. (53) 199 BROCKHAUS (62) v. Poggi
- 129) SCH. (53) S. 194
- 130) SCH. (53) S. 205
- 131) SCH. (53) S. 136, SEIDL (86)
- 132) SCH. (53) S. 217
- 133) SCH. (53) S. 219
- 134) SCH. (53) S. 218
- 135) SCH. (53) S. 221
- 136) SCH. (53) S. 223
- 137) SCH. (53) S. 246
- 138) vgl. Anm. 5), SCH. (53) S. 296
- 139) SCH. (53) S. 309
- 140) SCH. (54) S. 294
- 141) SCH. (53) S. 300
- 142) SCH. (53) S. 299
- 143) SCH. (53) S. 239 und 241
- 144) SCH. (53) S. 247
- 145) SCH. (53) S. 257
- 146) SCH. (53) S. 252
- 147) vgl. Anm. 5)
- 148) SCH. (53) S. 252, 253
- 149) SCH. (53) S. 254
- 150) SCH. (53) S. 253
- 151) SCH. (53) S. 253/254

- 152) SCH. (53) S. 254
- 153) SCH. (53) S. 257
- 154) SCH. (53) S. 261
- 155) SCH. (53) S. 266
- 156) SCH. (53) S. 264
- 157) SCH. (53) S. 278
- 158) vgl. Anm. 5)
- 159) SCH. (53) S. 279
- 160) SCH. (53) S. 286
- 161) SCH. (53) S. 293
- 162) SCH. (53) S. 296/297
- 163) SCH. (53) S. 297/298, vgl. Anm. 50)
- 164) SCH. (53)
- 165) vgl. Anm. 5)
- 166) vgl. Anm. 6), Brief vom 18.5.74
- 167) SCH. (53) S. 310
- 168) SCH. (53) S. 208
- 169) SCH. (53) S. 208/209
- 170) SCH. (53) S. 210/211
- 171) SCH. (53) S. 213
- 172) SCH. (53) S. 293
- 173) SCH. (53) S. 296
- 174) SCH. (53) S. 285, SCH. (54)
- 175) SCH. (53) S. 299
- 176) SCH. (54)
- 177) Grabstein auf dem Friedhof der Fraueninsel im Chiemsee
- 178) KIELLEUTHNER (77)
- 179) WACHTER (87)
- 180) SCH. (1)
- 181) SCH. (53) S. 91
- 182) NITZE (82),

KELLER (76): Geschichte des Blasenspiegels:

Das Bestreben, in die natürlichen Öffnungen und Höhlen des Körpers hineinzublicken, ist alt. Schon 1807 erregte der Frankfurter praktische Arzt und Stadtphysikus Philipp Bozzini (1773 - 1809) Aufsehen mit seiner Erfindung des Lichtleiters zur Erleuchtung innerer Höhlen des Körpers. Ebenso 20 Jahre später Pierre Ségalas in Paris (1792 - 1875) mit seinem Speculum urethro-cystique und wiederum 25 Jahre

später Désormeaux (1815 - 1894) mit seinem Endoskop. Alle diese Vorläufer von praktisch verwendbaren Endoskopen scheiterten an der mangelhaften Lichtquelle und Optik. Lediglich Désormeaux konnte einige brauchbare Erfahrungen in der Urethroskopie und Cystoskopie sammeln. Erst mit der Erfindung des elektrischen Lichtes und der Verbesserung der optischen Gläser fand Nitze 1877 einen Ausweg aus der technischen Sackgasse: er konstruierte ein Cystoskop, das aus 3 Elementen bestand: dem mechanischen (Metallrohr mit Rahmen, Hebeln und Spüleinrichtungen), dem elektrischen (Platinglühfaden, später die Mignonlampe, Lichtkabel, Kontakt und Batterie) und dem optischen Element (Linsenkombination). Das Instrument hatte die Form eines Mercier-Katheters von 21 Charr. Umfang, an dessen Kopf sich die Lichtquelle befand. Nur langsam fand das Instrument Eingang in den Kliniken. Lieber eröffnete man in der begonnenen antiseptischen Ära die Blase, schaute hinein, entfernte die Geschwülste oder holte den Stein heraus, als mit dem noch wegen des notwendigen Spülturms unhandlichen Gerät umzugehen.

1889 veröffentlichte Nitze sein "Lehrbuch der Zystoskopie", ein bis heute voll gültiges Werk.

Deutschland hatte mit dieser Entwicklung den damaligen urologischen Hochburgen Paris, mit Guyeon und Albarran, London mit Thompson und Wien mit Zuckermandl den Rang abgelaufen. Die weitere Entwicklung ging stürmisch:

1886 Verbesserung der Beleuchtungsfrage durch Einbau einer Edison'schen Kohlefaden-Glühlampe (Mignon-Lampe) durch Dittel, dadurch fiel der Kühlturm weg und das Gerät wurde handlich.

1887 erstes Ureterencystoskop von A. Brenner, einem Assistenten aus der Billroth-Klinik, später verbessert durch Leopold Casper, Berlin und Albarran. 1900 wurden erste brauchbare Spülcystoskope von Kollmann, Ringleb und andere gebaut. Die funktionelle Nierendiagnostik wurde um die Jahrhundertwende vervollkommenet, die Nierenchirurgie nahm einen Aufschwung. Durch den Einsatz der Röntgenstrahlen in der Medizin konnte der Ureterenkatheterismus kontrollierter und gezielter durchgeführt werden und die Nierendiagnostik wesentlich erweitert. Neue Methoden der Urethroskopie wurden 1906 von Goldschmidt eingeführt: die Irrigationsurethroskopie (nasse Urethroskopie) und mit der Cystoskopie in einem Kombinationsinstrument, dem Zystourethroskop mit auswechselbarer Optik vereinigt.

Dem diagnostischen Instrumentarium mußte therapeutisches folgen: Nitze berichtete 1891 als erster über sein Operationszystoskop: 3 Galvanokauter von verschiedener Größe und entsprechende kalte Schlingen sowie einige Faß- und Greifinstrumente bildeten das aus verschiedenen Schäften bestehende, sehr umfangreiche und komplizierte Nitze'sche Instrumentarium.

Schließlich wurde aus dem einläufigen Ureterencystoskop der Typ des Operationscystoskops entwickelt, wie er heute noch üblich

ist. Hier sind die Namen von Baer, McCarthy, Kneise, Krämer, Lewin, Schlagintweit und Eugen Joseph führend. Von Bedeutung war auch Sch.'s Rückblickcystoskop 1903, das später von der Firma L. und H. Löwenstein verbessert wurde, die das Rückblickprisma in den Zystoskopschnabel verlegte und durch einfache Verschiebung der Optik das Instrument sowohl zur üblichen Übersicht als auch retrograd blickend benutzen ließ. Brown und Rumpel fanden eine noch einfachere und bessere Lösung, in der die Reflexionsfläche des üblichen Prismas in einem so günstigen stumpfen Winkel zum Okular verwendet wurde, daß man fast bis zum Orificium internum sehen konnte.

Bei heutigen Cystoskopen stellt sich gar keine Problematik der Optik mehr, weil sie mit Glasfieberlicht ausgestattet sind. Von einer starken Lichtquelle außerhalb des Instruments wird das Licht über gebündelte Glasfasern in einem flexiblen Kabel über den Zystoskopschaft in die Blase projiziert.

183) SCH. (7)

184) KELLER (76) S. 47

185) SCH. (7)

186) SCH. (7) S. 254

187) SCH. (7) S. 204

188) SCH. (4) und (5)

189) SCH. (7) S. 205

190) SCH. (47) S. 697/698

- 191) DÜNISCH (66)
- 192) KELLER (76) S. 44/45
- 193) SCH. (16) S. 724 - 727
- 194) Sitzungsbericht d. ärztlichen Vereins, München,
Bd. IV, (1901) S. 2
- 195) BLÜM (59)
- 196) ALBARRAN (55)
- 197) SCH. (16)
- 198) SCH. (21)
- 199) SCH. (37) S. 962
- 200) SCH. (10) S. 616
- 201) HELD (71) S. 114
- 202) SCH. (22) S. 703
- 203) SCH. (20) S. 1515
- 204) SCH. (38) s. SCH. (39)
- 205) SCH. (39)
- 206) ALKEN (56)
- 207) SCH. (24)
- 208) EBSTEIN, Wilhelm (1836 - 1912), Internist;
seit 1874 Prof. der Med. und Direktor der
med. Poliklinik Breslau; neben Arbeiten auf
dem Gebiet der Stoffwechselkrankheit (Gicht,
Fettsucht, Diabetes), die ihm Weltruhm ver-
schafften, verfaßte er zwei bedeutende me-
dizinhistorische Schriften: "Die Medizin
im A.T." (1901) sowie "Die Medizin im
N.T. und im Talmund" (1903).
- 209) NICOLAIER, Arthur (1862 - 1942), Internist;
wurde 1894 Prof. in Göttingen und 1901 in
Berlin. Aufdeckung der Lebensgeschichte und
Wirkungsart der Tetanusbazillen als Ursache
des Starrkrampfes und Einführung des Uro-
tropins. Hauptwerke: Beiträge zur Aetiolo-
gie des Wundstarrkrampfes (1885), über die
experimentelle Erzeugung von Harnstei-

nen (1891, mit W. Ebstein).

- 210) ROSNER, Karl (1854 - 1928) Urologe und Spezialist
der Pathologie der Sexualorgane
- 211) SCH. (24) S. 223
- 212) SCH. (24) S. 229
- 213) SCH. (24) S. 225
- 214) ALKEN (56)
- 215) SCH. (43) S. 135
- 216) SCH. (24) S. 234
- 217) SCH. (24) S. 234
- 218) SCH. (41) S. 506
- 219) SCH. (43) S. 170 und 198
- 220) SCH. (43) S. 199
- 221) SCH. (36)
- 222) SCH. (24)
- 223) SCH. (41)
- 224) SCH. (53) S. 107
- 225) ALBARRAN (55) S. 587
- 226) SCH. (24)
- 227) SCH. (41)
- 228) SCH. (24)
- 229) ALBARRAN (55) S. 594 ff
- 230) SCH. (41)
- 231) SCH. (41)
- 232) SCH. (24)
- 233) SCH. (24)
- 234) SCH. (41)
- 235) SCH. (41)
- 236) MORGENSTERN (78)
- 237) SCH. (23)
- 238) SCH. (23) S. 131
- 239) SCH. (23) S. 28/29
- 240) SCH. (23) S. 83
- 241) SCH. (23) S. 89
- 242) SCH. (23) S. 90
- 243) SCH. (12)

- 244) SCH. (12)
- 245) SCH. (12)
- 246) SCH. (46)
- 247) SCH. (44)
- 248) SCH. (46)
- 249) SCH. (46) S. 710
- 250) SCH. (48)
- 251) SCH. (46) S. 711
- 252) SCH. (46) S. 708 ff
- 253) SCH. (44)
- 254) SCH. (13)
- 255) CASPER (64) S. 160 ff
- 256) SCH. (15)
- 257) SCH. (19)
- 258) PEYER'SCHE THEORIE: vgl. TANAGO Monatsber.
Krankh. Harn- Sex.App. (1900) S. 703
- 259) SCH. (19)
- 260) SCH. (45)
- 261) OTIS, William Kelly (1860 - 1906)
Prof. der New York School of Clinical Medicine,
als Urologe tätig.
- 262) SCH. (24) S. 236
- 263) SCH. (26) S. 334
- 264) SCH. (38)
- 265) SCH. (43)
- 266) SCH. (41) S. 506
- 267) VÖLKCKER, Fritz (1872 - 1955), Ordinarius in Hal-
le als Urologe, Entwicklung der ischiorectalen
Prostatektomie
Arbeit: "Diagnose der chirurgischen Nierenerkran-
kungen unter Verwendung der Chromozystoskopie".
- 268) SCH. (42)
- 269) SCH. (45)
- 270) SCH. (46)
- 271) SCH. (46) S. 711
- 272) SCH. (33)
- 273) SCH. (35)
- 274) SCH. (40)
- 275) SCH. (18) S. 226

- 276) BRAUN (61), BRAUN, Heinrich (1847-1934)
Oberarzt der chirurg. Abteilung des Leipziger
Diakonissenhauses; 1905 als Extraordinarius
Leiter des königl. sächs. Krankenhauses Zwickau.
Sein Hauptverdienst: Ausbau der Lokalanästhesie
u. Zusatz des Adrenalins.
- 277) SCH. (24) S. 239
- 278) BRAUN (61)
- 279) SCH. (24) S. 247
- 280) SCH. (29)
- 281) SCH. (29)
- 282) SCH. (36)
- 283) SCH. (29)
- 284) SCH. (41)
- 285) SCH. (44) S. 830
- 286) SCH. (49)
- 287) SCH. (49) S. 12
- 288) SCH. (49) S. 11
- 289) SCH. (49) S. 68
- 290) SCH. (8) S. 369
- 291) SCH. (30)
- 292) SCH. (27)
- 293) SCH. (40)
- 294) SCH. (40)
- 295) SCH. (53) S. 316
- 296) SCH. (50)
- 297) HALBFAS - NEY (70) S. 45
- 298) NEUMANN (79)
- 299) HALBFAS - NEY (70) S. 22
- 300) HALBFAS - NEY (70) S. 24
- 301) NEUMANN (80)
- 302) SCH. (6)
- 303) SCH. (53) S. 125
- 304) SCH. (53) S. 127
- 305) SCH. (51)
- 306) SCH. (52)
- 307) KIELLEUTHNER (77)

- 308) SCH. (32)
- 309) THOMPSON, Sir Henry (1820 - 1904)
Prof. der klin. Chirurgie am Royal College of
Surg., London; lithotripsierte den belg. König
Leopold I. 1863; ebenso Napoleon III., 1873,
der daraufhin starb; erster Urologe Englands.
- 310) NELATON, Auguste (1807 - 1873); hervorragendster
franz. Chirurg; Mitglied der Akademie der Medi-
zin; 1868 Senator des Kaiserreichs; Professor
und Chirurg im Hospital de Cliniques, Paris;
Entdecker des elastischen Kautschukkatheters
(1860); Chirurg des Kaisers ab 1867.
- 311) RICORD, Philippe (1800 - 1889); Dermatologe,
berühmter Syphilidologe; Leibarzt des Prinzen
Napoleon; Consult. Chirurg des Kaisers Napoleon
III; Hauptverdienst: Erkennung der drei Syphilis-
stadien.
- 312) SCH. (32) S. 793
- 313) SCH. (53) S. 285
- 314) SCH. (53) S. 299
- 315) SCH. (54)
- 316) SCH. (54) S. 168
- 317) SCH. (54) S. 169
- 318) SCH. (54) S. 86
- 319) SCH. (54) S. 206
- 320) BROCKHAUS (62), REVENTLOW, Franziska, Gräfin zu
(1871 - 1918)
- 321) SCH. (53) Aufl. 1967 S. 401
- 322) SCH. (53)
- 323) SCH. (53) Aufl. 1967
- 324) SCH. (54)

8. PERSONALBIBLIOGRAPHIE

1. Skelettafeln zum Einzeichnen der Muskeln bei Vorlesungen über Myologie Erlangen 1892
2. Dissertation: Experimentelle Untersuchungen und Studien über Frakturen der Wirbelsäule und ihre operative Behandlung
Med. Diss. Univ. Erlangen 1893
3. Wirkung des Wernarzer-Brunnens bei Nephritis
Zschr. diät. physik. Ther. 3 (1899) S. 104
4. Prostatahypertrophie und Bottini'sche Operation
Zbl. Krkh. Harn-Sex.-Org.
Leipzig 12 (1901) S. 16 - 84
5. Ein retrogrades Cystoskop
Zbl. Krkh. Harn-Sex.-Org.
Leipzig 12 (1901) S. 254
6. Noch einiges über Bad Brückenau
Therap. Mh., Berlin 17 (1903) S. 312 - 314
7. Das retrograde Cystoskop
Zbl. Krkh. Harn-Sex.-Org.
Leipzig 14 (1903) S. 202 - 207
8. Der Ureterenkatheter in der Nierenchirurgie
Münch. med. Wschr. 51 (1904) S. 369
9. Die Schlaf tänzerin Mme. Magdelaine G.
im ärztl. Verein zu München
Münch. med. Wschr. 51 (1904) S. 524
10. Apparat zur Gefrierpunktsbestimmung des Harns, Blutes etc. mit schneeförmiger Kohlensäure als Kältespender
Münch. med. Wschr. 51 (1904) S. 616
11. Das Ureterencystoskop als Operations-Cystoskop
Sitzungsber. ärztl. Ver. München 14, (1904) S. 2
12. Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. Zschr. Urol. Berlin u. Leipzig 1 (1906) S. 51 - 53;

13. Über Cystitis. Würzburger Abh. Gesamtgeb. prakt. Med
Würzburg 7 (1907) S. 91 - 112.
14. Über Spülcystoskope. Bemerkungen zum Art. Ringlebs
Zschr. Urol., Berlin u. Leipzig 1 (1907)
S. 242 - 245
15. Verbesserung der Technik des Verweilkatheters
Zschr. Urol. Berlin u. Leipzig 2 (1908)
S. 324 - 328
16. Ureterencystoskop als Operationscystoskop
Zschr. Urol., Berlin u. Leipzig 3 (1909)
S. 724 - 727
17. Metastatische Karzinome der Ureteren mit Anurie
bei gleichzeitiger Nephritis
Zschr. Urol., Berlin u. Leipzig 5 (1911)
S. 665 - 671.
18. Die Lokalanästhesie in der Urologie
Münch. med. Wschr. 58 (1911) S. 226
19. Die Phosphaturie, eine kleine urol. Studie
Münch. med. Wschr. 58 (1911) S. 1447 - 1451
20. Neuer Untersuchungstisch und Operationstisch
Münch. med. Wschr. 58 (1911) S. 1515
21. Neue scharfe Blasenlange zum Operationscystoskop
Zschr. Urol., Berlin u. Leipzig 5 (1911)
S. 924 - 926
22. Verbesserte Aerometer zum Bestimmen des spez.
Gewichtes sehr kleiner Urinmengen im Reagenzglas
Münch. med. Wschr., 59, (1912) S. 703
23. Technik d. Diagnose u. Harnleiterbehandlung bei
Nierentuberkulose
München 1912
24. Entstehung, Behandlung, Verhütung von Blasensteinen
Verh. dtsch. Ges. Urol., Berlin u. Leipzig 4
(1914) S. 217 - 268
25. Urol. des prakt. Arztes
Münch. med. Wschr., 67 (1920) S. 186
26. Operation wegen Fremdkörper unbekannter Herkunft
im Harnleiter. Bruns Beitr. klin. Chir. München,
122 (1921) S. 333

27. Arterielle Blasenfistel statt Verweilkatheter bei
Traumen und Operationen an der Harnröhre
Bruns Beitr. klin. Chir. München 122 (1921)
S. 334
28. Röntgenmessung von Blasendivertikeln
Bruns Beitr. klin. Chir. München, 122 (1921)
S. 335
29. Anästhesie der Urethra und Blase
Zschr. Urol., Berlin u. Leipzig, 20 (1926)
S. 347 - 348
30. Traumen der hinteren Harnröhre
Zschr. Urol., Berlin und Leipzig, 21 (1927)
S. 124 - 130
31. 140 maligne Blasentumoren
Urol. a. cutan. Rev.; Brooklyn 31 (1927) S. 483-486
32. Krankheit und Tod des Kaisers Nap. III.
Zschr. Urol. Berlin und Leipzig, 22 (1928)
S. 772 - 794
33. Kontrastmittel in Schaum oder Emulsion; eine neue
Methode zur Radiographie von Körperhöhlen
Zschr. Urol. Berlin und Leipzig, 22 (1928)
S. 833 - 834
34. Kritik der Indikation zur operativen Entfernung
der Nierensteine
Mschr. Harnkr. u. sex. Hyg., Leipzig 2 (1929)
S. 257 - 266
35. Nephrektomie bei polycystischer Nierendegeneration
Dtsch. Zschr. Chir., Leipzig 215 (1929) S. 340-342
36. Zur instrumentellen Lösung von Harnleitersteinen
Zschr. Urol., Berlin u. Leipzig, 23 (1929)
S. 524 - 526
37. Harnröhrenknopfsonden mit abschraubbarem filiformen
Leitfaden
Münch. med. Wschr., 76, (1929) S. 962
38. Urologischer Röntgentisch
Zschr. Urol. Berlin und Leipzig, 26 (1932)
S. 477 - 480

39. Verstellbarer Röntgentisch, besonders für den Urologen
Münch.med. Wschr., 79 (1932) S. 222 - 223
40. Urologischer Dilettantismus
Münch. med. Wschr., 79 (1932) S. 1708 - 1711
41. 800 Blasensteinoperationen
Zschr. Urol. Berlin und Leipzig, 28 (1934)
S. 505 - 521
42. Pro Thorotrast
Zschr. Urol., Berlin und Leipzig, 28 (1934)
S. 552 - 553
43. Die Nierensteinkrankheit
Zschr. ärztl. Fortbldg., Jena 32 (1930) S. 135,
S. 170, S. 198
44. Kritik der Blasenhalsooperationen, insbesondere bei
Prostatahypertrophie
Zschr. Urol., Berlin und Leipzig, 29 (1935)
S. 827 - 836
45. Der Blasenkrebs
Msch. Krebsbekämpfung, München 4 (1936)
S. 102 - 108
46. Die konservative Behandlung der Prostatahypertrophie
Zschr. ärztl. Fortbldg., Jena 35 (1938) S. 708-712
47. Ein neues retrogrades Cystoskop
Zschr. Urol., Berlin und Leipzig, 33 (1939)
S. 697 - 698
48. Hormone statt Messer; Prostatahypertrophie heilbar
(Kommentar zu Zehn's Artikel)
Zschr. Urol., Berlin und Leipzig, 34 (1940)
S. 505 - 510
49. Urologie des praktischen Arztes
München 1921, 1948
50. Bad Brückenau, seine Kurmittel und Umgebung;
ein Führer für Gesunde und Kranke
Würzburg 1908

8.2 Außermedizinische Veröffentlichungen

51. Komische Oper in 2 Akten: "Die Falle"
München 1916
52. Napoleon III., Lulu und Eugenie
München 1935, 1949 2. Aufl.
53. Ein verliebtes Leben, Erinnerungen eines
Münchener Arztes
München 1949, 2. Aufl. 1967
54. Don Juans Hochzeitsreise, Gesichte einer
Ehe, aus dem Nachlaß bearbeitet von Gerhard
Pallmann
München 1953

9. SONSTIGE LITERATUR

55. ALBARRAN, J.: Operative Chirurgie der Harnwege. Übersetzt von Emil Grunert.
Jena 1910
56. ALKEN, Carl-Erich: Leitfaden der Urologie.
Stuttgart 1973
57. ASCHOFF, DIEPGEN, GOERKE: Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 7. Auflage,
Berlin - Göttingen - Heidelberg 1960.
58. BLEKER, Johanna: Die Geschichte der Nierenkrankheiten. Mannheim 1972
59. BLUM, V.: über Ureterencystoskope
Zschr. Urol., Berlin und Leipzig, 2 (1909)
S. 518
60. BOZZINI, Th.: Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung. Weimar 1807
61. BRAUN, Heinrich: Handbuch: Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftl. Grundlagen und prakt. Anwendung. Leipzig 1905
62. BROCKHAUS: Enzyklopädie in 16 Bdn., 14. Aufl.
Wiesbaden 1893
Enzyklopädie in 20 Bdn., 17. Aufl. Wiesbaden 1966
63. BÜCHELE, Günter: Die Entwicklung der urologischen Röntgendiagnostik bis zur Einführung des Uro-selektans. Med. Diss. FU Berlin 1969
64. CASPER, Leopold: Lehrbuch der Urologie, 2. Aufl.
Berlin 1910
65. DESORMEAUX: De l'endoscope et de ses applications
Paris 1865
66. DÜNISCH, Oskar: Von Reiniger bis heute
Zschr. Wiss., Wirtsch. u. kult. Leben Erlangen,
42 (1977) S. 3067 - 3094
67. ELLIS, Harald: A History of bladder stone
Oxford and Edinburgh 1969

68. FISCHER, J.: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten 50 Jahre. Zugleich Fortsetzung des biographischen Lexikons der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker.
2. und 3. Auflage, München, Berlin 1962
69. GARTENHOF, Kaspar: Zur Geschichte des Gesundheitswesens in Brückenau.
Brückenau 1954
70. HALBFAS - NEY, P.: DUNKEL, F.: Bad Brückenau, Führer und Handbuch für Gesunde und Kranke.
Schwabach 1959
71. HELD, Wilhelm: Die Urinschau des Mittelalters und die Harnuntersuchung der Gegenwart.
Leipzig 1931
72. HENKEL, Ernst Nikolaus: Die Geschichte der Lithotomie. Med.Diss. München 1958
73. HERMANN, John: Urologie, a view through the retrospectoscope. New York 1974
74. INDEX MEDICUS (Div. Jhrgg.)
75. JAHR, Rudolf: Ein retrogrades Cystoskop
Zschr. Urol., Berlin und Leipzig, 33 (1939)
S. 421
76. KELLER, J.: Die Erfindung des Blasenspiegels, Leipzig 1954
77. KIELLEUTHNER: 1868 - 1950 Hofrat Dr. med.
Felix Schlagintweit
Zschr. Urol., Leipzig und Berlin 43 (1950)
S. 350 - 352
78. MORGENSTERN: Die cystoskopische Lithotripsie an 34 Fällen
Zschr. Urol., Leipzig und Berlin 28 (1934)
S. 437 - 446
79. NEUMANN: Die diuretische Wirkung des Wernarzer Wassers in Bad Brückenau
Münch. med. Wschr. 32 (1885) S. 116

80. NEUMANN: Bad Brückenau
Therap. Mh. Berlin, 15 (1901) S. 261
81. NITZE, M.: Über eine neue Beleuchtungsmethode der Höhlen des menschlichen Körpers
Wiener med. Presse (1879) S. 851 - 858
82. NITZE, Max: Lehrbuch der Cystoskopie
Wiesbaden 1889
83. PSCHYREMBEL, Willibald: Klinisches Wörterbuch 251. Aufl., Berlin 1972
84. SCHLAGINTWEIT, Emil: Nachrichten über die Familie Schlagintweit
Leipzig 1890
85. SCHLAGINTWEIT, Oskar, Sanitätsrat Dr.med.:
Bad Brückenau, seine Kurmittel und Umgebung
Würzburg 1924, 1927, 1930, 1938
86. SEIDL, Emanuel: Mein Stadt- und Landhaus.
München 1919
87. WACHTER, Franz: Ein verliebtes Leben, aus persönlichen Erinnerungen an den in Bamberg geborenen Münchener Hofrat Dr. Felix Schlagintweit
Fränkischer Heimatkalender, Ebern-Hofheim
Stadt und Land, Coburg 1970
88. WÜTHERICH, Walter: Die Harnschau und ihr Verschwinden. Med.Diss.Univ.Zürich 1967

10. LEBENSLAUF

1. Angaben zur Person:

Name: V O S S , Klaus Antonius
Geburtsdatum: 12. 04. 1947
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: seit 1975 verheiratet mit
Monika Voß, geb. Barthel;
seit 09.04.77 1 Kind
Eltern: Hans-Josef Voß, Kaufmann
Elvire Voß, geb. Dierkes

2. Schulbildung:

1954 - 1959 Volksschule in
Bad Driburg
(Westfalen)
1959 - 1968 Städtisches Neu-
sprachliches
Gymnasium Bad
Driburg

3. Studium:

WS 68/69 Biologie an der
Philipps-Universität
Marburg;
SS 69/WS 69/70 Medizin in
Marburg (natur-
wiss. Vorprüfung)
SS 70/SS 75 Medizin an der
Ludwig-Maximilian-
Universität München
(ärztliche Vor-
prüfung, med. Staats-
examen)

Außerdem:

WS 75/76 - WS 76/77 Kunstge-
schichte
(München)

4. Berufstätigkeit:	Okt.75 - Sept.76	Medizinalassistentenzeit (Innere Medizin, Chirurgie in Fürstenfeldbruck, Pädiatrie in München-Harlaching)
		Approbation Nov.76
	Okt.76 -Sept. 77	Kinderkrankenhaus St. Marien, Landshut
	Okt.77 - April/78	Pädiatrische Abt. des Kreiskrankenhauses Deggendorf
	ab April 78	Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses Deggendorf

